



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Bilag til Planlægning af sundhedsberedskab

VEJLEDNING TIL REGIONER OG KOMMUNER

2016

Bilag til  
Planlægning af sundheds-  
beredskab – vejledning til  
regioner og kommuner

© Sundhedsstyrelsen, 2016.

Publikationen kan frit refereres med  
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sprog:** Dansk

**Version:** 0,1

**Versionsdato:** 30.09.2016

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
(måned og år).

**Elektronisk ISBN:**

**Den trykte versions ISBN:**

# Indhold

<b>DEL 1: PLANLÆGNINGSGRUNDLAG</b>	<b>3</b>
1.1 Bilag 1 Lokal risikovurdering	3
<b>DEL 2: SKABELON FOR SUNDHEDSBEREDSKABSPLANEN</b>	<b>6</b>
1.2 Bilag 2 Skabelon for en regional sundhedsberedskabsplan	6
1.3 Bilag 3 Skabelon for en kommunal sundhedsberedskabsplan	14
<b>DEL 3: BILAG VEDR. KRISESTYRINGSORGANISATIONEN</b>	<b>21</b>
1.4 Bilag 4 Skabeloner for dagsordener for kriseledelsens og krisestabens møder	21
1.5 Bilag 5 Rapportering fra region til Sundhedsstyrelsen	23
1.6 Bilag 6 Organisationens situationsbillede	25
1.7 Bilag 7 Debriefing efter øvelse eller hændelse	28
<b>DEL 4: BILAG VEDR. HÅNDTERING AF SPECIFIKKE HÆNDELSER OG INDSATSER</b>	<b>30</b>
1.8 Bilag 8 De hyppigste smitsomme sygdomme og supplerende forholdsregler	30
1.9 Bilag 9 Massevaccination	32
1.10 Bilag 10 Indretning af ad hoc isolationsfaciliteter	38
1.11 Bilag 11 Karantæne	41
1.12 Bilag 12 Håndtering af C-hændelser	48
1.13 Bilag 13 Håndtering af B-hændelser/smitsomme sygdomme	56
1.14 Bilag 14 Håndtering af R/N-hændelser	63
1.15 Bilag 15 Håndtering af CBRNE-forurenede lig	75
1.16 Bilag 16 Ekstraordinær udskrivning af patienter fra sygehus til kommunal pleje	80
1.17 Bilag 17 Input til evakueringsplan for sygehuse	82
1.18 Bilag 18 Skabelon til informationsfolder om krisereaktioner	86
<b>DEL 5: AKTØRER OG SAMARBEJDSPARTNERE</b>	<b>89</b>
1.19 Bilag 19 Sundhedsberedskabets samarbejdspartnere	89

# DEL 1: PLANLÆGNINGSGRUNDLAG

## 1.1 Bilag 1 Lokal risikovurdering

### Formål

Regioners og kommuners sundhedsberedskabsplaner skal udarbejdes på baggrund af nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige vurderinger og en lokalt foretaget risikovurdering. Formålet med dette bilag er at vejlede regioner og kommuner med metoder og modeller til udarbejdelse af lokale risikovurderinger.

### Målgruppe

Målgruppen er planlæggere af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner.

### Procedurer

Regioner og kommuner har metodefrihed til gennemførelse af lokale risikovurderinger. Sundhedsstyrelsen anbefaler modellen Konsekvensanalyse til lokale risikovurderinger, da den er intuitiv, relativt hurtig at gennemføre og giver et godt grundlag for den efterfølgende planlægning.

### Konsekvensanalyse

De fleste organisationer har en eller flere funktioner, de anser for kritiske for organisationens drift, og som også kan være kritiske for andre organisationer. En væsentlig del af helhedsorienteret beredskabsplanlægning er at sikre, at disse funktioner kan opretholdes, når uønskede situationer indtræffer.

Konsekvensanalysen er en metode til hurtigt og systematisk at analysere konsekvenser af situationer, der skaber pres på organisationen. Dette omhandler hændelsernes sundhedsmæssige konsekvenser og situationer, hvor sundhedsvæsenet har behov for at udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet for at kunne håndtere situationen.

Når analysen gennemføres, bør forvaltningerne inddrage nøglemedarbejdere fx beredskabsplanlæggere, beredskabsansvarlige, ledere, frontlinjemedarbejdere mv. for at sikre, at analysen bliver så grundig som muligt.

Analysen skaber overblik over, hvilke forebyggende og afhjælpende tiltag der kan eller bør iværksættes for at håndtere eller mindske konsekvenser af analyserede hændelser.

Eksempler på situationer/hændelser, der kan analyseres i en konsekvensanalyse:

- Masseskader i forbindelse med større trafikulykker mv.
- Flere skadesteder med mange tilskadekomne fx en terrorhændelse med flere bombesprængninger og/eller angreb med skydevåben.
- Epidemier eller pandemier med behandling af mange patienter samtidigt på sygehusene og/eller i eget hjem via primærsektoren

- Fødevarer- eller drikkevandsforurening, der kan gøre mange mennesker syge på én gang og i et stort geografisk område
- Ekstremt vejrlig med ufremkommelige veje, hvor fx ambulancer og hjemmepleje ikke kan komme frem på almindelig vis
- Større nedbrud af kritiske it-systemer.

Konsekvensanalyse er delt op i fem kategorier:

1. Situationer, der skaber pres på organisationen. Situationer, hvor den daglige drift bliver presset ud over organisationens normale ressourcer, eller hvor organisationen af andre årsager har begrænset kapacitet
2. Situationens konsekvenser. Beskrivelse af de konsekvenser, som hver situation forventes at få for organisationens drift
3. Forebyggende tiltag. Tiltag, der kan iværksættes før en situation indtræffer for enten at forhindre den, eller mindske konsekvenserne, hvis den alligevel indtræffer
4. Afhjælpende tiltag. Tiltag, der kan iværksættes efter en situation indtræffer for at mindske konsekvenserne
5. Relevante samarbejdsparter. Organisationer eller personer, der kan være relevante i forhold til at forebygge eller afhjælpe konsekvenser af de udvalgte situationer.

Situationer, der skaber pres	Konsekvenser	Forebyggende tiltag	Afhjælpende tiltag	Relevante samarbejdsparter

Figur 1: Skabelon til konsekvensanalyse. Fra Konsekvensanalyse, jf. Appendiks 2

På Beredskabsstyrelsens hjemmeside findes word-skabeloner til Konsekvensanalyse, [www.brs.dk](http://www.brs.dk).

### Øvrige modeller og metoder til lokal risikovurdering

Beredskabsstyrelsen har udviklet forskellige værktøjer til risiko- og sårbarhedsvurdering, herunder ROS60, ROS-modellen og SCENARIEbanken. Alle værktøjer findes på Beredskabsstyrelsens hjemmeside. For mere information se Appendiks 2.

ROS60 er et værktøj, der på 60 minutter kan give en myndighed eller organisation et indtryk af de risici og sårbarheder, den står overfor. Værktøjet er baseret på principperne bag ROS-modellen.

ROS-modellen er en enkel og generelt anvendelig metode til systematisk risiko- og sårbarhedsanalyse på et overordnet niveau. Modellen består af fire skemaer i word og en vejledning, som guider brugerne gennem risiko- og sårbarhedsanalyser for udvalgte scenarier.

Scenariebanken indeholder over 20 scenarier om naturskabte og menneskeskabte hændelsestyper, som kan bruges direkte sammen med ROS-modellen. Det er muligt at tilpasse scenarierne.

### **Analyse af samfundsvigtige funktioner og kritisk infrastruktur til genopretning**

Regioner og kommuner skal sikre, at forvaltninger har planlagt for fortsat drift af samfundsvigtige funktioner og understøttende kritisk infrastruktur (fx kritiske it-systemer). Det vil sige funktioner, som til enhver tid skal kunne varetages – også ved alle kortere eller længevarende hændelser.

Analyse af samfundsvigtige funktioner og kritisk infrastruktur er centralt for beredskabsplanlægning, da det kan forebygge eller forhindre ekstraordinære hændelser, reducere sandsynligheden for at de opstår, eller bringe de potentielle konsekvenser ned på et acceptabelt niveau, hvor de vil kunne håndteres med de daglige ressourcer og rutiner.

Nedenstående spørgsmål kan benyttes til kortlægning af samfundsvigtige funktioner og kritisk infrastruktur:

- Hvilke samfundsvigtige funktioner har regionen/kommunen et driftsmæssigt, lovgivningsmæssigt eller administrativt ansvar for?
- Hvilke ressourcer er forvaltningen særligt afhængige af for at kunne opretholde de samfundsvigtige funktioner fx strøm, it-systemer, materiel?
- Hvordan vil forvaltningen sikre, at funktionerne kan håndteres til enhver tid?

Regioner og kommuner bør efterfølgende prioritere genopretning af samfundsvigtige funktioner og understøttende kritisk infrastruktur, samt planlægge for alternative arbejdsgange fx papirjournaler, aflysning af elektive operationer mv. i tilfælde af it-nedbrud. Teknikkere og planlæggere kan således benytte prioriteringslisten under genopretningsfasen.

Ved kortlægning af de samfundsvigtige funktioner og kritiske infrastrukturer bør forvaltningerne inddrage nøglemedarbejdere og ressourcer samt afklare, hvordan det sikres, at de funktioner kan varetages til enhver tid.

Nedenstående model kan anvendes til analyse af kritiske funktioner.

<i>Samfundsvigtige funktioner og understøttende kritisk infrastruktur</i>	<i>Afhængigheder</i>	<i>Hvordan sikres videreførelse til enhver tid</i>

Figur 2: Eksempel på hjælpeskema: Samfundsvigtige funktioner, kritisk infrastruktur, afhængigheder og videreførelsmuligheder

## DEL 2: SKABELON FOR SUNDHEDSBEREDSKABSPLANEN

### 1.2 Bilag 2 Skabelon for en regional sundhedsberedskabsplan

#### Formål

Bilaget giver en oversigt over, hvad en regional sundhedsberedskabsplan overordnet bør indeholde.

Bilaget indeholder samtidig et forslag til en struktur for en sundhedsberedskabsplan, som regionen kan tage udgangspunkt i.

Bilaget kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med de øvrige kapitler og bilag i vejledningen samt bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet. Sundhedsberedskabsplanen skal endvidere baseres på nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige vurderinger og en lokalt foretaget risikovurdering.

#### Målgruppe

Målgruppen for bilaget er planlæggere af sundhedsberedskabet i regionerne.

#### Udarbejdelse og koordination

Sundhedsberedskabsplanen bør som udgangspunkt udarbejdes af en eller flere af de medarbejdere, der arbejder på sundhedsområdet til dagligt, og som kender egen organisation og opgaver.

Planen skal koordineres med kommuner beliggende i regionen, naboregioner og øvrige relevante samarbejdspartnere fx politi, epidemikommission m.fl.

#### Opmærksomhedspunkter

Under planlægning af sundhedsberedskabet bør regionen være opmærksom på følgende punkter:

- Tænk forud! Hvis det fx bliver nødvendigt at tage imod ekstraordinært mange tilskadedkomne og akut syge på sygehus, bør man have overvejet, hvor disse skal modtages og behandles, og hvor den nødvendige bemanning skal komme fra.
- Sørg for at inddrage kommunen hvis relevant, fx bør man indgå aftaler om massevaccination af hele befolkningen eller oprettelse og bemanning af vaccinationscentre og karantænecentre.
- Alle aftaler med fx kommuner, praktiserende læger, Røde Kors og andre samarbejdspartnere bør så vidt muligt foreligge på skrift.

#### Koncept

En sundhedsberedskabsplan bør indeholde to overordnede dele, som skal ses i sammenhæng, men bør være tydeligt adskilte i planen. Planen bør derudover være handlingsorienteret og overskuelig.

### Del 1: Krisestyringsorganisationen:

- Overordnet beskrivelse af formål med regionens sundhedsberedskabsplan
- Organisering af regionens sundhedsberedskab
- Løsning af kerneopgaverne:
  - Kerneopgave 1: Aktivering og drift
  - Kerneopgave 2: Informationshåndtering
  - Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer
  - Kerneopgave 4: Krisekommunikation

Del 2: Delplaner, instrukser og action cards: Operativ del af planen med konkrete procedurer for håndtering af specifikke opgaver/funktioner (kerneopgave 5: Operativ indsats).

Regionens overvejelser om organisering af genopretningsfasen (kerneopgave 6: Genopretning).

## **Skabelon for sundhedsberedskabsplan**

### Del 1 Krisestyringsorganiseringen

#### **1.0 Indledning**

- Formål med sundhedsberedskabsplanen
  - Kort beskrivelse af formålet med sundhedsberedskabet.
- Planens præmisser
  - Principper for beredskabet: Planen bør være baseret på henholdsvis sektoransvars-, ligheds-, nærheds-, samarbejds- og handlingsprincippet
- Gyldighedsområde
  - Præcisering af, hvilke dele af organisationen der er omfattet af planen, herunder i hvilket omfang planen suppleres af lokale delplaner fx planer for evakuering af sygehuse.
- Afprøvning, evaluering og ajourføring
  - Præcisering af, hvem der har ansvar for afprøvning, evaluering og ajourføring og, og hvor ofte det finder sted.

#### **1.1 Overordnede opgaver**

- Kort opstilling af de overordnede situationer og opgavetyper, der er planlagt for på baggrund af nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige vurderinger og den lokale risikovurdering.

#### **1.2 Organisering og ledelse af sundhedsberedskabet**

- Beskrivelse af organiseringen af sundhedsberedskabet i regionen
  - Præcisering af ansvar og roller
  - Hvem indgår i sundhedsberedskabets kriseledelse og krisestab?
  - Hvem indgår operativt i sundhedsberedskabet?



### 1.3 Kerneopgave 1: Aktivering og drift af regionens sundhedsberedskab

- Modtagelse af varsler, alarmer mv.
  - Det bør fremgå, at varsler og alarmer kan komme mange steder fra, og de mest almindelige bør nævnes, herunder politiet, andre regioner og kommuner, Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen
  - Alarmeringsprocedurer.
- Aktivering af sundhedsberedskabet
  - Hvem har mandat til at træffe beslutning om aktivering/deaktivering af planen, herunder AMK's rolle og ansvar for beslutningen?
  - Hvordan finder aktivering konkret sted?
  - Der bør være én døgnbemandet kontaktindgang til regionens sundhedsberedskab (AMK)
  - AMK bør have mulighed for at iværksætte uopsættelige tiltag, indtil der er etableret kontakt til kriseledelse
  - Det bør fremgå, hvem der kan aktivere sundhedsberedskabsplanen, hvem der har mandat til at fordele opgaverne, og hvordan man får fat i kriseledelsen
  - Der bør lokalt foreligge en mere detaljeret beskrivelse i form af instrukser og action cards til de aktører, som har en rolle ved aktivering. Det bør fremgå, hvordan de, der kan modtage en alarm, håndterer situationen, hvis de ikke selv har mandat til at aktivere beredskabet.
- Indledende opgaver i aktiveringsfasen
  - Herunder vurdering af, hvem der skal inddrages i indsatsen med tanke på afledte konsekvenser også for andre niveauer og sektorer.
- Samarbejde med andre regioner og kommuner samt andre samarbejdspartnere i relation til aktivering
  - Der bør være en aftale med kommunerne om, hvordan regionen aktiverer kommunens sundhedsberedskab, og hvordan kommunen eller andre samarbejdspartnere aktiverer regionens.
- Gennemførelse af møder i sundhedsberedskabets krisestyringsorganisation (kriseledelse og krisestab)
  - Hvor, hvornår og hvordan gennemføres møder?
- Udsendelse af forbindelsesofficerer
  - Hvilke fora kan det være relevant, at regionens sundhedsberedskab sender en forbindelsesofficer til?
  - Hvilke procedurer skal vedkommende følge fx i forhold til løbende kontakt med baglandet?
- Afløsning
  - Hvordan sikres det, at regionens sundhedsberedskab på alle niveauer i regionen kan fungere, så længe det er nødvendigt?

### 1.4 Kerneopgave 2: Informationshåndtering

- Udfærdigelse og opretholdelse af regionens situationsbillede og bidrag til fælles situationsbillede tværsektorielt
  - Hvem skal bidrage til situationsbilledet, og hvordan udarbejdes det?
- Indhentning af informationer om hændelsen/situationen
  - Hvor/hvordan indhenter regionen oplysninger om situationen, og hvem kan vejlede regionen i indsatsen?

- Iværksættelse af øget overvågning af mail, telefoner mv. samt medieovervågning
- Procedurer for iværksættelse af rapportering og hastemeldinger fra decentrale enheder.
- Fordeling af information internt i regionen og til eksterne samarbejdspartnere
  - Hvem skal henholdsvis initialt og gennem hele hændelsesforløbet orienteres om hvad?
- Dokumentation (logføring).

### 1.5 Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer

- Det bør fremgå af planen, hvordan der koordineres med samarbejdspartnere internt og eksternt, og hvilke overordnede procedurer der er aftalt for samarbejdet
  - Koordination i forhold til regionens øvrige beredskab, kommuner, omkringliggende regioner og andre samarbejdspartnere
    - Bl.a. med henblik på fælles strategi og opmærksomhed på afledte konsekvenser for andre niveauer og sektorer.
  - Anmodning om akut bistand fra/til og øvrigt samarbejde med samarbejdspartnere
    - Fx de praktiserende læger og speciallæger, kommunerne og naboregioner samt Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægerne) og Sundhedsstyrelsen.
  - AMK's rolle i forhold til regional intern og ekstern koordination samt i relation til disponering af præhospitale ressourcer.

### 1.6 Kerneopgave 4: Krisekommunikation

- Det bør fremgå, hvordan der er planlagt for følgende:
  - Hvordan sikres sundhedsfaglig information til borgere og presse
    - Hvem har ansvaret for regionens krisekommunikation, og hvem udtaler sig fra sundhedsberedskabet (talsperson)?
  - Koordination af udmeldinger
    - Fx internt på tværs af forvaltninger i regionen og eksternt fx til Sundhedsstyrelsen.

### Del 2 Operativ indsats (kerneopgave 5) og genopretning (kerneopgave 6)

Den operative del af regionens sundhedsberedskabsplan bør indeholde delplaner, instrukser og actions cards, der beskriver, hvordan regionen rent praktisk har planlagt at gennemføre en given indsats.

For alle operative dele af sundhedsberedskabsplanen gælder, at de bør indeholde en dækkende men præcis fremstilling af emnet, præcisering af relevante funktioner/personalegrupper, dato for ikrafttrædelse, dato for seneste ajourføring og forfatter.

**Delplaner:** Delplaner er operative planer for et afgrænset emneområde fx delplan for smitsomme sygdomme eller afgrænset lokalitet fx delplan for et konkret sygehus. Delplaner kan struktureres efter opgavehjulet eller som egentlige planer og struktureres efter de seks kerneopgaver.

**Instrukser:** Instrukser er konkrete vejledninger om håndtering af en afgrænset opgave eller arbejdsgange, hvor flere funktioner/personer er involveret og samarbejder. En instruks kan således beskrive, hvordan ansatte skal forholde sig under givne omstændigheder og bør omfatte ansvars- og kompetencefordeling samt systematiske anvisninger på, hvilke procedurer de ansatte bør følge.

Action cards: Action cards er korte og præcise handlingsorienterede anvisninger på én bestemt funktion eller opgave oftest til én eller få personer. Et action card fungerer som en huskeliste i akutte situationer og skal (gerne i punktform) anvise, hvordan en bestemt funktion skal udføres i en bestemt situation.

### Struktur for instrukser

Instrukser kan med fordel struktureres efter følgende struktur (opgavehjulet):

- Opgave: Kort beskrivelse af opgaven
- Ansvar for opgaven: Hvem har ansvaret for opgaven?
- Organisation: Hvordan er regionens sundhedsberedskab organiseret i relation til den pågældende indsats, herunder hvilke afdelinger og funktioner indgår i beredskabet?
- Bemanding og udstyr: Hvilke personalegrupper og udstyr/materiel indgår i indsatsen?
- Procedurer: Hvordan løses den konkrete opgave under det givne scenarium, og hvordan koordineres med andre aktører?

### Struktur for action cards

Action cards kan med fordel struktureres efter følgende struktur:

- Opgave: Kort beskrivelse af opgaven
- Ansvar for opgaven: Hvem har ansvaret for opgaven?
- Procedure/foranstaltninger: Beskrivelse af opgaven, hvad skal gøres, hvem gør det, og evt. i hvilken rækkefølge?
- Referencer og bilag:
  - [Link til evt. andre relevante action cards, instrukser mv.]
  - [Link til relevante retningslinjer og love fra fx Sundhedsstyrelsen, Statsministeriets mv.]
  - [Link til evt. bilag]

## 2.1 Operative delplaner, der anbefales udarbejdet

Regionen bør udarbejde delplaner eller instrukser med tilhørende action cards for følgende områder:

### Præhospital plan

- *Eksempler på instrukser*
  - Præhospital vurdering af sikkerhed på et skadested
  - Præhospital håndtering af smitsomme sygdomme
- *Eksempler på action cards*
  - AMK-lægens indledende opgaver ved en større hændelse
  - Disponering af Indsatsleder Sundhed (ISL SU) til et større skadested
  - Kontaktliste for sundhedsberedskabet

### Sygehus-beredskabsplaner (for hver sygehus-matrikel)

- *Eksempler på instrukser*
  - Evakuering af afdeling X

- Håndtering af trussel imod afdeling X
- Modtagelse og behandling af ekstraordinært mange tilskadekomne og akut syge
- Indhentning af information til sygehusets samlede situationsbillede
- *Eksempler på action cards*
  - Modtagelse af alarmer, varsler mv. fra AMK og andre relevante aktører
  - Aktivering af krisestyringsorganisation (kriseledelse og krisestab)
  - Indledende opgaver for koordinerende beredskabsfunktion ved aktiveret beredskabsplan

### **Smitsomme sygdomme / pandemisk influenza**

- *Eksempler på instrukser*
  - Håndtering af patienter med mistænkt smitsomme, alment farlige sygdomme i lufthavne eller havne
  - Indretning af ad hoc isolationsfaciliteter
  - Massevaccination af hele eller dele af befolkningen (denne instruks skal koordineres med kommunen, og der bør foreligge aftaler om arbejdsfordelingen)
  - Oprettelse og drift af karantænecenter (denne instruks skal koordineres med kommunen, og der bør foreligge aftaler om arbejdsdelingen)
- *Eksempler på action cards*
  - Leder af vaccinationscenter

### **CBRNE-beredskab**

- *Eksempler på instrukser*
  - Modtagelse af forurenede personer og patienter i regionen for alle typer CBRNE-hændelser
    - Det bør fremgå, at der på sygehusniveau findes nærmere retningslinjer for håndtering af patienterne, herunder fx instruks for brug af måleudstyr ved R/N-hændelser
  - Rensning af forurenede selvhenvendere
    - Det bør fremgå, at der på sygehusniveau findes nærmere retningslinjer for håndtering af patienterne
  - Indretning og drift af karantænefaciliteter
  - Indretning og drift af vaccinationscenter
- *Eksempler på action cards*
  - Aktivering af regionens sundhedsberedskab ved CBRNE-hændelser
  - Skabelon for måleskema for stråleskadet person

### **Psykosocial indsats**

- *Eksempler på instrukser:*
  - Oprettelse og drift af Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC)
  - Koordinerende psykiatrisk kontaktpersons (KOP) opgaver og funktion
  - Udsendelse af kriseteams (indsatsområde, opsamlingssted, behandleplads, EPC, lufthavn mv.)
- *Eksempler på action cards:*
  - Aktivering af det kriseterapeutiske beredskab

## Lægemiddelberedskab, herunder blodberedskabet

- *Eksempler på instrukser*
  - Rekvirering af supplerende lægemidler og medicinsk udstyr
    - Bl.a. placering af lagre samt mulighed for at bestille ekstra lægemidler og medicinsk udstyr døgnet rundt, hele året
  - Bestilling og udbringning af ekstraordinære lægemidler fra sygehusapoteker
  - Bestilling og udbringning af ekstraordinær blodforsyning
- *Eksempler på action cards*
  - Aktivering af regionens lægemiddelberedskab

## Praktiserende læger

- *Eksempler på instrukser*
  - Kommunikation med praktiserende læger og vagtlæger, herunder akut information
- *Eksempler på action cards*
  - Døgndækket aktivering af praktiserende læger

## Ekstraordinær udskrivelse af patienter fra sygehus

- *Eksempler på instrukser*
  - Koordination med kommune om ekstraordinært udskrevne patienter,
    - Herunder om medicin, midlertidige hjælpemidler, journalmateriale mv.
  - Bestilling af transport til ekstraordinært udskrevne patienter
- *Eksempler på action cards*
  - Visiterende sygeplejerske på sygehus
  - Afsendelse af journalmateriale til kommune

## Kapacitetsudvidelse i forhold til fysiske rammer og personale

- *Eksempler på instrukser*
  - Indkaldelse af ekstra personale
- *Eksempler på action cards*
  - Skema for døgndækket vagtplan for kriseledelse og krisestab
  - Indretning af krisestyingsrum

## Håndtering af konsekvenser af ekstremt vejrlig

- *Eksempler på instrukser*
  - Præhospital fremkørsel og opgavevaretagelse i forbindelse med ekstremt vejrlig fx snestorm eller oversvømmelse
- *Eksempler på action cards*
  - Kontaktprocedure til humanitære organisationer for støtte til psykosocial indsats i forbindelse med midlertidig indkvartering af evakuerede

## Håndtering af forsyningsvigt

- *Eksempler på instrukser*
  - Fremskaffelse af rent drikkevand
  - Alternative kommunikationskanaler ved nedbrud af it eller telefoni
  - Håndtering af it- eller strømnedbrud
- *Eksempler på action cards*
  - Brug af SINE-terminal

## Genopretning

Genopretning bør planlægges og iværksættes så hurtigt som muligt efter, at hændelsen er indtruffet. Regionens kriseledelse kan hensigtsmæssigt udpege en specifik gruppe til at varetage denne opgave. Skadeomfanget skal vurderes og konkrete behov for genopretningsindsatser skal indstilles til regionen/regionsrådet.

Afhængigt af hændelsen kan der være behov for, at regionen er repræsenteret i et fælles koordinerende forum for de myndigheder og andre aktører, som er involveret i genopretningen efter hændelsen.

## 1.3 Bilag 3 Skabelon for en kommunal sundhedsberedskabsplan

### Formål

Bilaget giver en oversigt over, hvad en kommunal sundhedsberedskabsplan overordnet bør indeholde. Bilaget indeholder også et forslag til struktur for en sundhedsberedskabsplan, som kommunen kan tage udgangspunkt i.

Bilaget kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med de øvrige kapitler og bilag i vejledningen samt planlægningsbekendtgørelsen. Sundhedsberedskabsplanen bør endvidere baseres på nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige vurderinger og en lokalt foretaget risikovurdering.

### Målgruppe

Målgruppen for bilaget er planlæggere af sundhedsberedskabet i kommunerne.

### Udarbejdelse og koordination

Sundhedsberedskabsplanen bør som udgangspunkt udarbejdes af en eller flere af de medarbejdere, der arbejder på sundhedsområdet til dagligt, og som kender egen organisation og opgaver.

Sundhedsberedskabsplanen skal både kunne aktiveres selvstændigt og i sammenhæng med kommunens generelle beredskabsplan.

Planen skal koordineres med kommunens generelle beredskabsplan og med nabokommuners og regionens sundhedsberedskabsplan.

### Opmærksomhedspunkter

Under planlægning af sundhedsberedskabet bør kommunen være opmærksom på følgende punkter:

- Tænk forud! Hvis det fx bliver nødvendigt at tage imod ekstraordinært udskrevne patienter, bør man på forhånd have overvejet, hvor disse skal indkvarteres, og hvor plejepersonalet skal komme fra.
- Sørg for at koordinere med regionen på relevante områder. Fx bør man indgå aftaler om oprettelse og bemanning af vaccinationscentre.
- Sørg for at inddrage kommunens praktiserende læger hvis relevant fx i forbindelse med tilsyn af ekstraordinært udskrevne patienter. Kommunens praksiskonsulent kan med fordel bruges som bindeled mellem kommune og almen praksis.
- Alle aftaler med fx praktiserende læger, regionen og andre samarbejdspartner bør så vidt muligt foreligge på skrift.

### Koncept

En sundhedsberedskabsplan bør indeholde to overordnede dele, som skal ses i sammenhæng, men bør være tydeligt adskilte i planen. Planen bør derudover være handlingsorienteret og overskuelig.

### Del 1: Krisestyringsorganisationen:

- Overordnet beskrivelse af formålet med kommunens sundhedsberedskabsplan
- Organisering af kommunens sundhedsberedskab
- Løsningen af kerneopgaverne:
  - Kerneopgave 1: Aktivering og drift
  - Kerneopgave 2: Informationshåndtering
  - Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer
  - Kerneopgave 4: Krisekommunikation

### Del 2: Delplaner, instrukser og action cards:

Operativ del af planen med konkrete procedurer for håndtering af specifikke opgaver/funktioner (kerneopgave 5: Operativ indsats).

Kommunen overvejer om organisering af genopretningsfasen (kerneopgave 6: Genopretning).

## **Skabelon**

### Del 1 Krisestyringsorganiseringen

#### **1.0 Indledning**

- Formål med sundhedsberedskabsplanen
  - Kort beskrivelse af formålet med sundhedsberedskabet.
- Planens præmisser
  - Planen bør være baseret på henholdsvis sektoransvars-, ligheds-, nærheds-, samarbejds- og handlingsprincippet.
- Gyldighedsområde
  - Præcisering af, hvilke dele af organisationen der er omfattet af planen, herunder i hvilket omfang planen suppleres af lokale delplaner fx planer for kommunale institutioner.
- Afprøvning, evaluering og ajourføring
  - Præcisering af, hvem der har ansvar for afprøvning, evaluering og ajourføring, og hvor ofte det finder sted.

#### **1.1 Overordnede opgaver**

- Kort opstilling af de overordnede situationer og opgavetyper, der er planlagt for på baggrund af nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige vurderinger og den lokale risikovurdering.

#### **1.2 Organisering og ledelse af sundhedsberedskabet**

- Beskrivelse af organiseringen af kommunens sundhedsberedskab
  - Præcisering af ansvar og roller, herunder:
    - Hvem indgår i sundhedsberedskabets kriseledelse og krisestab?
    - Hvem indgår operativt i sundhedsberedskabet?



### 1.3 Kerneopgave 1: Aktivering og drift af kommunens sundhedsberedskab

- Modtagelse af varsler, alarmer mv.
  - Det bør fremgå, at varsler og alarmer kan komme mange steder fra, og de mest almindelige bør nævnes, herunder politiet, redningsberedskabet, regionen, Sundhedsstyrelsen, praktiserende læger, andre kommuner, Styrelsen for Patientsikkerhed og borgerne. Det bør fremgå, at listen ikke er udtømmende
  - Alarmeringsprocedurer.
- Aktivering af sundhedsberedskabet
  - Hvem har mandat til at træffe beslutning om aktivering/deaktivering af planen?
  - Hvordan finder aktivering konkret sted?
  - Der bør være én døgnbemandet kontaktindgang til kommunens sundhedsberedskab, som er baseret på vagthavende personale/kriseledelse
  - Døgnkontakten bør have mulighed for at iværksætte uopsættelige tiltag, indtil der er etableret kontakt til kriseledelse
  - Det bør fremgå, hvem der kan aktivere sundhedsberedskabsplanen, hvem der har mandat til at fordele opgaverne, og hvordan man får fat i kriseledelsen
  - Der bør lokalt foreligge en mere detaljeret beskrivelse i form af instrukser og action cards til de aktører, som har en rolle ved aktivering. Det skal fremgå, hvordan de, der kan modtage en alarm, håndterer situationen, hvis de ikke selv har mandat til at aktivere beredskabet.
  - Indledende opgaver i aktiveringsfasen
  - Herunder vurdering af, hvem der skal inddrages i indsatsen med tanke på afledte konsekvenser også for andre niveauer og sektorer.
- Samarbejde med regionen og andre samarbejdspartnere i relation til aktivering
  - Der bør være en aftale med regionen om, hvordan regionen aktiverer kommunens sundhedsberedskab, og om og evt. hvordan kommunen aktiverer regionens beredskab.
- Gennemførelse af møder i sundhedsberedskabets krisestyringsorganisation (kriseledelse og krisestab)
  - Hvor, hvornår og hvordan gennemføres møder?
- Udsendelse af forbindelsesofficerer
  - Hvem skal kunne udsendes som forbindelsesofficer til Den Lokale Beredskabsstab, og hvilke procedurer skal vedkommende følge fx i forhold til løbende kontakt med baglandet?
- Afløsning
  - Hvordan sikres det, at kommunens sundhedsberedskab på alle niveauer kan fungere, så længe det er nødvendigt?

### 1.4 Kerneopgave 2: Informationshåndtering

- Udfærdigelse og opretholdelse af organisationens situationsbillede inden for sundhedsberedskabet og bidrag til kommunens fælles situationsbillede tværsektorielt
  - Hvem skal bidrage til situationsbilledet, og hvordan udarbejdes det?
- Indhentning af informationer om hændelsen/situationen
  - Hvor/hvordan indhenter kommunen viden om situationen, og hvem kan vejlede kommunen i indsatsen?
  - Iværksættelse af øget overvågning af mail, telefoner mv. samt medieovervågning

- Procedurer for iværksættelse af rapportering og hastemeldinger fra decentrale enheder.
- Fordeling af information internt i kommunen og i forhold til eksterne samarbejdspartnere
  - Hvem skal henholdsvis initialt og gennem hele hændelsesforløbet orienteres om hvad?
- Dokumentation (logføring).

### 1.5 Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer

- Det bør fremgå af planen, hvordan der koordineres med samarbejdspartnere internt og eksternt, og hvilke overordnede procedurer der er aftalt for samarbejdet
  - Koordination i forhold til kommunens øvrige beredskab, regionen og omkringliggende kommuner
    - Bl.a. med henblik på fælles strategi og opmærksomhed på afledte konsekvenser for andre niveauer og sektorer.
  - Anmodning om akut bistand fra/til og øvrigt samarbejde med samarbejdspartnere
    - Fx de praktiserende læger og speciallæger, region eller omkringliggende kommuner samt Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægerne) og Sundhedsstyrelsen.

### 1.6 Kerneopgave 4: Krisekommunikation

- Det bør fremgå, hvordan der er planlagt for følgende:
  - Hvordan sikres sundhedsfaglig information til borgere og presse
    - Hvem har ansvaret for kommunens krisekommunikation, og hvem udtaler sig om dette fra sundhedsberedskabet (talsperson)?
  - Koordination af udmeldinger
    - Fx internt på tværs af forvaltninger i kommunen og eksternt fx i forhold til Sundhedsstyrelsen.

### Del 2 Operativ indsats (kerneopgave 5) og genopretning (kerneopgave 6)

Den operative del af kommunens sundhedsberedskabsplan bør indeholde delplaner, instrukser og actions cards, der beskriver, hvordan kommunen rent praktisk har planlagt at gennemføre en given indsats.

For alle operative dele af sundhedsberedskabsplanen gælder, at de bør indeholde en dækkende men præcis fremstilling af emnet, præcisering af relevante funktioner/personalegrupper, dato for ikrafttrædelse, dato for seneste ajourføring og forfatter.

**Delplaner:** Delplaner er operative planer for et afgrænset emneområde fx delplan for smitsomme sygdomme. Delplaner kan struktureres efter opgavehjulet eller som egentlige planer og struktureres efter de seks kerneopgaver.

**Instrukser:** Instrukser er konkrete vejledninger om håndtering af en afgrænset opgave eller arbejdsgange, hvor flere funktioner/personer er involveret og samarbejder. En instruks kan således beskrive, hvordan ansatte skal forholde sig under givne omstændigheder og bør omfatte ansvars- og kompetencefordeling samt systematiske anvisninger på, hvilke procedurer de ansatte bør følge.

Action cards: Action cards er korte og præcise handlingsorienterede anvisninger på én bestemt funktion eller opgave oftest til én eller få personer. Et action card fungerer som en huskeliste i akutte situationer og skal (gerne i punktform) anvise, hvordan en bestemt funktion skal udføres i en bestemt situation.

### Struktur for instrukser

Instrukser kan med fordel struktureres efter følgende struktur (opgavehjulet):

- Opgave: Kort beskrivelse af opgaven
- Ansvar for opgaven: Hvem har ansvaret for opgaven?
- Organisation: Hvordan er regionens sundhedsberedskab organiseret i relation til den pågældende indsats, herunder hvilke afdelinger og funktioner indgår i beredskabet?
- Bemanding og udstyr: Hvilke personalegrupper og udstyr/materiel indgår i indsatsen?
- Procedurer: Hvordan løses den konkrete opgave under det givne scenarium, og hvordan koordineres med andre aktører?

### Struktur for action cards

Action cards kan med fordel struktureres efter følgende struktur:

- Opgave: Kort beskrivelse af opgaven
- Ansvar for opgaven: Hvem har ansvaret for opgaven?
- Procedure/foranstaltninger: Beskrivelse af opgaven, hvad skal gøres, hvem gør det og evt. i hvilken rækkefølge?
- Referencer og bilag:
  - [Link til evt. andre relevante action cards, instrukser mv.]
  - [Link til relevante retningslinjer og love fra fx Sundhedsstyrelsen, Statsministeriets mv.]
  - [Link til evt. bilag]

## 2.1 Operative delplaner, der anbefales udarbejdet

Kommunen bør udarbejde delplaner med tilhørende instrukser og action cards for følgende områder:

### Smitsomme sygdomme / pandemisk influenza

- *Eksempler på instrukser*
  - Hjemmeplejens hygiejniske foranstaltninger ved håndtering af borgere med smitsomme sygdomme
  - Børneinstitutioners foranstaltninger ved udbrud af smitsom sygdom
  - Deltagelse ved massevaccination samt oprettelse og drift af karantænecentre i samarbejde med regionen (denne instruks skal koordineres med regionen, og der bør foreligge aftaler om arbejdsdelingen).
- *Eksempler på action cards*
  - Leder af vaccinationscenter.

## **CBRNE-beredskab**

- *Eksempler på instrukser*
  - Kommunikation ved vandforurening af den kommunale vandforsyning
  - Håndtering af ulykker på lokal risikovirksomhed
  - Håndtering af bombetrussel mod institution.
- *Eksempler på action cards*
  - Information til borgerne om at koge drikkevand ved vandforurening.

## **Psykosocial indsats**

- *Eksempler på instrukser*
  - Oprettelse og drift af Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC) i samarbejde med regionen (denne instruks skal koordineres med regionen, og der bør foreligge aftaler om arbejdsdelingen)
  - Krisestøtteam, organisation på et indsatssted (herunder kendskab til KOP-funktionen) og håndtering af krisereaktioner.
- *Eksempler action cards*
  - Aktivering af kommunens krisestøttende beredskab
  - Ledende psykolog
  - Medlem af kriseteam.

## **Lægemedelberedskab**

- *Eksempler på instrukser*
  - Rekvirering af supplerende lægemidler/medicinsk udstyr.
- *Eksempler på action cards*
  - Aktivering af kommunalt lager med ekstra hjælpemidler.

## **Modtagelse af ekstraordinært udskrevne patienter**

- *Eksempler på instrukser*
  - Regional-kommunal koordination af hjemtagne borgere.
- *Eksempler på action cards*
  - Kommunal visitator
  - Modtagelse af journalmateriale på ekstraordinær udskreven patient på plejecenter XX.

## **Kapacitetsudvidelse i forhold til fysiske rammer og personale**

- *Eksempler på instrukser*
  - Indkaldelse af ekstra personale til hjemmeplejen
  - Midlertidig indkvartering af en større mængde mennesker i kommunale lokaler.
- *Eksempler på action cards*
  - Skema for døgndækket vagtplan for kriseledelsen
  - Indretning af lokalitet XX.

## Håndtering af konsekvenser af ekstremt vejrlig, herunder hjemmeplejens indsats

- *Eksempler på instrukser*
  - Hjemmeplejens løsning af opgaver i forbindelse med snestorm.
- *Eksempler på action cards*
  - Ansvarshavende sygeplejerske.

## Håndtering af forsyningssvigt

- *Eksempler på instrukser*
  - Hjemmeplejens håndtering af konsekvenser af drikkevandsforurening med fokus på sundhedsfaglige opgaver og koordination med kommunens øvrige beredskab
  - Fremskaffelse af rent drikkevand
  - Alternative kommunikationskanaler ved nedbrud af it eller telefoni.
- *Eksempler på action cards*
  - Brug af SINE-terminal.

## Lokale planer til kommunale institutioner

Udover kommunens sundhedsberedskabsplan bør alle relevante institutioner have egne planer for lokale forhold:

- Hygiejniske tiltag ved udbrud af smitsom sygdom
- Håndtering af forsyningssvigt
- Evakuering af plejecentre mv.

## Genopretning

Genopretning bør planlægges og iværksættes så hurtigt som muligt efter, at hændelsen er indtruffet. Kommunens kriseledelse kan hensigtsmæssigt udpege en specifik gruppe til at varetage denne opgave. Skadeomfanget skal vurderes og konkrete behov for genopretningsindsatser skal indstilles til kommunen/kommunalbestyrelsen.

Afhængigt af hændelsen kan der være behov for, at kommunen er repræsenteret i et fælles koordinerende forum for de myndigheder og andre aktører, som er involveret i genopretningen efter hændelsen.

## DEL 3: BILAG VEDR. KRISESTYRINGSORGANISATIONEN

### 1.4 Bilag 4 Skabeloner for dagsordener for kriseledelsens og krisestabens møder

#### DAGSORDEN FOR FØRSTE MØDE I KRISELEDELSEN [indsæt dato og tidspunkt]

1. **Velkomst** v. mødeleder
  - a. Præsentationsrunde (hvis relevant)
  - b. Referent (udpeges)
2. **Situationen** (opridses)
  - a. Lokalt
  - b. Nationalt
  - c. Forventet/mulig udvikling
3. **Opgaver** (opridses og prioriteres)
4. **Mediebilledet** (aktuelle presseemner og henvendelser)
5. **Kommunikation** (internt og eksternt)
6. **Mødeleder og talsmand** (udpeges)
7. **Fastlæggelse af niveau for krisestyringsorganisationen**
  - a. Informationsberedskab, Mødeberedskab eller Operationsberedskab?
  - b. Evt. kriseledelse (hvem skal indgå fremadrettet?)
  - c. Evt. krisestab (hvem skal indgå?)
  - d. Evt. støttefunktioner (hvem skal aktiveres?)
8. **Særlige procedurer**
  - a. Modtagelse og fordeling af informationer, evt. iværksættelse af vagttelefoner, e-mailgruppe, SINE-terminaler, udvidelse af kapacitet til at modtage opkald fra borgere og presse etc.?
  - b. Iværksættelse af rapportering fra andre organisatoriske niveauer fx sygehusafdelinger, sygehuse, forvaltninger eller andre samarbejdspartnere?
  - c. Logføring
  - d. Økonomi, bemyndigelse m.v.
9. **Eventuelt**
10. **Opsummering af beslutninger v. mødeleder**
11. **Næste møde**

## DAGSORDEN FOR MØDER I KRISELEDELSEN [indsæt dato og tidspunkt]

*Det bør tilstræbes, at mødet ikke varer mere end maksimalt 30 min.*

1. **Velkomst** v. mødeleder
  - Præsentationsrunde (hvis relevant)
2. **Situationen** (opridses)
  - Lokalt. Kort om udvikling siden sidste møde
  - Nationalt. Kort om udvikling siden sidste møde
  - Forventet/mulig udvikling
3. **Opgaver** (opridses og prioriteres)
  - Status på tidligere aftalte opgaver
  - Nye opgaver
  - Forventninger om kommende opgaver
4. **Mediebilledet** (aktuelle presseemner og henvendelser)
  - Kort om udvikling siden sidste møde
5. **Kommunikation** (internt og eksternt)
  - Kort om udvikling siden sidste møde
6. **Eventuelt**
7. **Opsummering af beslutninger** v. mødeleder
8. **Næste møde**

### Følgende punkter medtages ved behov:

- **Behov for ændring i niveau for krisestyringsorganisationen**
  - Informationsberedskab, Mødeberedskab eller Operationsberedskab?
  - Kriseledelse
  - Krisestaben
  - Støttefunktioner
- **Behov for ændring af procedurer**
  - Modtagelse og fordeling af informationer, evt. iværksættelse/nedlæggelse af vagttelefon, e-mailgruppe, SINE-terminal og udvidelse af kapacitet til at modtage opkald fra borgere og presse etc.?
  - Iværksættelse/ændring/nedlæggelse af rapportering fra andre organisatoriske niveauer fx sygehusafdelinger, sygehuse, forvaltninger eller andre samarbejdspartnere?
  - Logføring
  - Økonomi, bemyndigelse mv.

## 1.5 Bilag 5 Rapportering fra region til Sundhedsstyrelsen

Bilaget er inspireret af skabelonen for det Nationale Strategiske Overblik (NSO), som benyttes i Den Nationale Operative Stab (NOST) til at udarbejde situationsbilledet.

### Skabelon

<b>Udsendelsestidspunkt</b>	<b>Dato:</b> dd.mm.åååå, <b>kl.</b> tt.mm		
<b>Kontaktperson</b>	Fornavn, efternavn, e-mail, telefon		
<b>Organisationens aktiveringstrin</b> (sæt kryds)	<input type="checkbox"/> Informationsberedskab	<input type="checkbox"/> Stabsberedskab	<input type="checkbox"/> Operationsberedskab
<b>Resume på 4-6 linjer</b>	<input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Strategisk mål <input type="checkbox"/> Handlinger <input type="checkbox"/> Kommunikation		
Situation (Overskrift, der kort forklarer situationen. Fokus på de sundhedsfaglige problemstillinger)			
Antal syge/tilskadekomne – behandlingsplads/sygehus?: Er der oprettet psykosocialt støttecenter (og evt. hvor)?: Er omkringboende eller andre befolkningsgrupper berørte?:			
Beredskabsforanstaltninger			
Har AMK/regionen iværksat beredskabsplan (overordnede tiltag i punktform)?: Har regionen foretaget særlige sikkerhedsforanstaltninger på sygehusene/andre steder (eventuelle trusler for sundhedsvæsenet)?: Er de syge/tilskadekomne samlet på samme sygehus (hvilket sygehus)?:			
Ressourcer			
Er der indkaldt ekstra ressourcer? (Ja/Nej) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvis ja - hvilke:</li> </ul> Er der kapacitetsproblemer? (Ja/Nej) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvis ja – hvilke/hvor:</li> </ul> Skal Sundhedsstyrelsen hjælpe? (Ja/Nej) Hvis ja - hvordan:			



**Hvordan situationen kan udvikle sig (vurdering)**

Hvor forventes det, at sundhedsvæsnen kan blive sårbart?

Høringsversion

## 1.6 Bilag 6 Organisationens situationsbillede

Bilaget er inspireret af skabelonen for det Nationale Strategiske Overblik (NSO), som benyttes i Den Nationale Operative Stab (NOST) til at udarbejde situationsbilledet.

<b>Udsendelsestidspunkt</b>	<b>Dato:</b> dd.mm.åååå, kl. tt.mm		
<b>Kontaktperson</b>	Fornavn, efternavn, e-mail, telefon		
<b>Organisationens aktive-ringstrin</b> (sæt kryds)	<input type="checkbox"/> Informationsberedskab	<input type="checkbox"/> Stabsberedskab	<input type="checkbox"/> Operationsberedskab
<b>Resume på 4-6 linjer</b>	<input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Strategisk mål <input type="checkbox"/> Handlinger <input type="checkbox"/> Kommunikation		

### Situation

(Overskrift, der kort forklarer situationen)

#### Situationen

Hvad er der sket?

Hvor er det sket? (Indsæt gerne oversigtskort)

Hvilke vigtige funktioner er påvirket af situationen?

Hvordan er de vigtigste funktioner påvirket af situationen? (ødelagt, afbrudte, ustabile, nedsat funktion/ydelser mv.)

Hvordan har situationen udviklet sig siden den sidste indberetning? (Forværret, uændret, stabiliseret, forbedret, normaliseret)

#### Tilskadekomne

Hvor mange er døde?

Hvor mange er kommet til skade?

Hvor alvorlige er personskaderne?

Er opgørelse over døde og tilskadekomne behæftet med usikkerhed?

#### Materielle skader

Hvilke former for materielle skader har hændelser medført? (fx begrænsede/omfattende/massive skader på kritisk infrastruktur, offentlige anlæg, virksomheder, privat ejendom)

Er opgørelsen over materielle skader behæftet med usikkerhed?

### Mulig udvikling i situationen

Hvordan forventer organisationen, at situationen vil udvikle sig de kommende 24 timer/dage/uger? (forværring, kritisk med stabil, langsom forbedring, normaliseret)

Hvilke faktorer kan gøre, at situationen forbedre?

Hvilke faktorer kan gøre, at situationen forværres?

Hvilke opgaver skal organisationen indstille sig på i de kommende 24 timer/dage/uger?

Hvor sikker er vurderingen af den mulige udvikling i situationen?

### Strategiske mål

Organisationen arbejder på nuværende tidspunkt på at nå følgende overordnede mål:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Hvilke faktorer kan begrænse organisationens muligheder for at nå de overordnede mål?

### Handlinger

Hvad gør organisationen ved det, som er sket?

Hvad planlægger organisationen at gøre?

Er der et konkret behov for støtte?

### Kommunikation

#### Organisationens kommunikation

Organisationens overordnede budskaber:

- .....
- .....
- .....
- .....

Hvilke platforme og kanaler anvender organisationen for at informere befolkningen og medierne om situationen?

Organisationens planlagte udtalelser til medierne:

Anfør: navn på myndighed, format (pressemøder/pressemeddelelser/mv.), dato, tidspunkt samt hvilke informationer, som organisationen vil komme med.

- .....
- .....
- .....
- .....

**Mediebilledet**

Hvilke vinkler har medierne i deres dækning af hændelsen?

Hvilke hovedtrends er der på de sociale medier

Hvordan forventes mediebilledet at udvikle sig?

Høringsversion

## 1.7 Bilag 7 Debriefing efter øvelse eller hændelse

Konceptet for debriefing er inspireret af en version brugt udarbejdet af Beredskabsstyrelsen og Rigspolitiet i forbindelse med den nationale krisestyringsøvelse (KRISØV) i 2013 og 2015.

**Formål:** Debriefingen anvendes hurtigst muligt efter øvelsens eller hændelsens afslutning for at fastholde oplevelser, observationer og læring på skrift fra relevante personer.

**Forberedelse:** Udvælg facilitator (ordstyrer) og referent. Bør ikke være den samme person.

**Format:** Debriefingen gennemføres som en struktureret brainstorm, hvor der lægges op til en åben, ærlig og ligefrem diskussion. Der skal være plads til uenigheder, men undgå gentagelser og hold tidsrammen.

Under punkt 6 udfylder referenten det fælles afrapporteringsskemaet i skabelonen. Deltagerne anvender kopier af samme skabelon i deres individuelle brainstorm. Der er afsat 60 minutter til debriefingen. Erfaringsmæssigt kan dette være for lidt, derfor anbefales det, at deltagere indkaldes i halvanden-to timer.

Debriefingen kan i sig selv være organisationens evaluering. Organisationen kan også udfærdige en egentlig evalueringsrapport, hvor de fælles og prioriterede fund kan beskrives og løsningsforslag listes.

**Struktur:** Det anbefales at lade debriefingen følge nedenstående struktur.

Ca. tid	Aktivitet	Aktør
5 minutter	1. Introduktion til debriefingens struktur, format og regler.	Facilitator
5 minutter	2. Tilbageblik. Kort opsummering af hændelsens eller øvelsens forløb. Deltagere får udleveret skabelon til afrapportering.	Facilitator
5 minutter	3. Individuel refleksion: Hvad fungerede i særlig grad godt og hvorfor? Hver person skriver tre observationer.	Individuelt
5 minutter	4. Individuel refleksion: Hvad fungerede ikke så godt og hvorfor ikke? Hver person skriver tre observationer.	Individuelt
5 minutter	5. Individuel refleksion: Hvad kan gøres for at fastholde de styrker eller udbedre de sårbarheder, der blev identificeret under de to foregående punkter? Hver person skriver tre tiltag.	Individuelt
25 minutter	6. Fælles udvælgelse af tre vigtigste fund under punkt 3,4 og 5. Deltagerne fremlægger deres observationer, hvorefter de i fællesskab udvælger de 9 bedste.	Plenum
5 minutter	7. Eventuelle bemærkninger til andre (fx øvelsestekniske) aspekter	Plenum
5 minutter	8. Afslutning. Opsummering af debriefingens resultater. Tak for deltagelse.	Facilitator

### Skabelon til debriefing efter en øvelse eller hændelse

<b>Godt</b>	<b>Tre eksempler på forhold, som fungerede godt, og som der bør gøres en aktiv indsats for at videreføre/udbygge/udbrede</b>
1.	
2.	
3.	
<b>Bedre</b>	<b>Tre eksempler på forhold, som kunne have fungeret bedre, og som der bør gøres en aktiv indsats for at ændre/udvikle</b>
1.	
2.	
3.	
<b>Tiltag</b>	<b>Tre eksempler på mulige tiltag for at fastholde styrker og udbedre sårbarheder</b>
1.	
2.	
3.	

## DEL 4: BILAG VEDR. HÅNDBETING AF SPECIFIKKE HÆNDELSER OG INDSATSER

Bilag 8-11 er specifik rådgivning i forhold til planlægning for håndtering af konsekvenserne af smitsomme sygdomme.

### 1.8 Bilag 8 De hyppigste smitsomme sygdomme og supplerende forholdsregler

Bilaget er specifik rådgivning til personale, der arbejder med patienter indiceret med smitsom sygdom, herunder fx symptomer og smitemåde for de hyppigste smitsomme sygdomme samt anbefaling til personlige beskyttelsesmidler. Bilaget kan enten bruges som baggrundsinformation eller bilag til sundhedsberedskabsplaner i regioner og kommuner.

	Methicillin-resistent <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)	Andre multi-resistente bakterier	Mave-tarm infektioner (eksempler)	Mæslinger	Influenza	Tuberkulose (TB)
Mikroorganisme	<i>Staphylococcus aureus</i>	<sup>1</sup> VRE <sup>2</sup> CPE	Norovirus, <i>Clostridium difficile</i>	Mæslingevirus	Influenza-virus	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
Hyppigste smitemåde	Kontaktsmitte	Kontaktsmitte	Kontaktsmitte	Luftbåren (dråbekerne)	Dråbesmitte	Dråbesmitte, (evt. støv)
Symptomer	Ofte rask smittebærer, evt. sår-infektion	Ofte rask smittebærer	Diarré	Feber, karakteristisk udslæt, luftvejssymptomer	Hoste, nys, feber	Hoste evt. med blod
Vigtigste forholdsregler ved præhospital håndtering	Håndhygiejne Handsker Overtrækskittel	Håndhygiejne Handsker Overtrækskittel	Håndhygiejne Handsker Overtrækskittel	Håndhygiejne Handsker Overtrækskittel Maske	Håndhygiejne Handsker Overtrækskittel Hostetikette og maske	Håndhygiejne Handsker Overtrækskittel Hostetikette og maske

Rengøring	Almindelig rengøring med vand og sæbe efterfulgt af desinfektion af kontaktpunkter	Almindelig rengøring med vand og sæbe efterfulgt af desinfektion af kontaktpunkter	Almindelig rengøring med vand og sæbe efterfulgt af desinfektion af kontaktpunkter med fx klor	Almindelig rengøring med vand og sæbe	Almindelig rengøring med vand og sæbe	Almindelig rengøring med vand og sæbe
Affaldshåndtering	Almindelig dagsrenovation	Almindelig dagsrenovation	Almindelig dagsrenovation	Almindelig dagsrenovation	Almindelig dagsrenovation	Almindelig dagsrenovation
Specielt	Specifikke anbefalinger skal følge gældende retningslinjer som angivet i SST vejledning om MRSA	Specifikke anbefalinger kan følge gældende retningslinjer som angivet i SST vejledning om MRSA	Ved risiko for stænk og sprøjt bør der altid anvendes overtrækskittel	Immune personer smittes ikke.	Vaccination nedsætter risikoen for infektion	Specifikke anbefalinger skal følge gældende retningslinjer som angivet i SST vejledning om TB
<sup>1</sup> Vancomycin-resistente enterokokker (VRE), <sup>2</sup> Carbapenemase-producerende enterobakterier (CPE)						



## 1.9 Bilag 9 Massevaccination

### Formål

Formålet med dette bilag er at vejlede regioner og kommuner i planlægningen af en omfattende vaccinationsindsats i en beredskabssituation, hvor det er besluttet at vaccinere større befolkningsgrupper eller hele befolkningen. Dele af bilaget kan med fordel integreres i relevante instrukser og action cards.

### Målgruppe

Målgruppen er planlæggere af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner.

### Baggrund

Beslutning om at vaccinere hele eller dele af befolkningen træffes af sundheds- og ældreministeren efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Tvangsmæssig vaccination kan ifølge epidemiloven ligeledes alene gennemføres efter påbud fra sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

Den overordnede ramme for vaccinationsindsatsen defineres således af de nationale sundhedsmyndigheder og vil afhænge af den konkrete situation. Beslutning om, hvilke grupper, der skal vaccineres, kan være en løbende proces, hvis trusselsniveauet ændres. Beslutningen kan også modificeres efter nye vacciner med en mere gunstig bivirkningsprofil.

Statens Serum Institut varetager forsyningssikkerheden af vacciner til det danske marked og varetager de nationale vaccineberedskabslagre. Institutet er forpligtet til at have en passende beholdning af en række vacciner. De vacciner, instituttet ikke selv fremstiller, indkøbes hos andre vaccineproducenter.

Ligesom rammen for vaccinationsindsatsen er situationsafhængig, er regioners og kommuners planlægning for indsatsen afhængig af situationen. Massevaccination vil altid ske efter anvisning fra Sundhedsstyrelsen. Ligesom regioner og kommuners kommunikation til befolkningen vil ske efter anvisning fra Sundhedsstyrelsen.

Nedenstående erfaringsbaserede scenarier kan dog bruges til at planlægge for massevaccination.

Scenarium 1: Hele befolkningen skal/bør vaccineres.

Kommuner og regioner bør samarbejde om oprettelse af vaccinationscentre og at indkalde folk, som det sker ved valghandling. Vaccinationscentre kan oprettes svarende til ét pr. 21.000 indbyggere i befolkningstætte områder. Landområderne tilpasses befolkning og geografi.

Hvis vaccinen og vaccinationsindsatsen er gratis for alle, kan samarbejdet og indsatsen planlægges frit.

Scenarium 2: Visse lokale grupper i befolkningen skal/bør vaccineres.

Indsatsen kan planlægges som en variant af scenarium 1 blot i mindre målestok.

Scenarium 3: Borgere, som tilhører særlige risikogrupper skal/bør vaccineres fx kronisk syge, børn eller ældre over 65 år.

Borgerens egen læge, den sygehusafdeling, som vedkommendes kroniske sygdom kontrolleres på, få vaccinationscentre eller private vaccinationsfirmaer kan foretage vaccinationen. Under planlægningen skal det

overvejes, om personer i de konkrete risikogrupper skal indkaldes personligt. Erfaring viser, at langt fra alle i en risikogruppe opfatter sig sådan.

Tilrettelæggelse af vaccination afhænger også af, hvad der besluttet politisk. Fx hvis vaccinationsindsatsen ikke bliver gratis for alle, der tilbydes vaccination, må regionen gerne vaccinere egne patienter og personale. Men regionen må ikke tjene penge på at vaccinere andre fx kommunernes personale.

Scenarium 4: Personer i bestemte jobs skal vaccineres.

Her inddrages Arbejdstilsynet, som hensigtsmæssigt kan forestå indsatsen. Region og kommune kommunikerer ud efter anvisning fra Sundhedsstyrelsen, herunder hvorvidt arbejdsgivere skal medgive medarbejderne vaccinationsseddel. Borgerens egen læge, vaccinationsfirmaer eller et få antal vaccinationscentre kan udpeges til vaccinationssted.

## **5.1 Region**

### **Opgave**

De konkrete opgaver vil afhænge af den udmeldte nationale ramme for vaccinationsindsatsen jf. de fire scenarier. Regionens opgaver vil typisk være at arrangere vaccination for: 1) Visse grupper af befolkningen eller 2) hele befolkningen. Derudover skal regionen i samarbejde med kommunerne indkalde de personer, der skal vaccineres og gennemføre indsatsen.

Ad 1) I tilfælde af vaccination af udpegede befolkningsgrupper kan det være hensigtsmæssigt, at vaccination sker hos praktiserende læger evt. i samarbejde med kommunens ældrepleje, på sygehusenes ambulatorier og via private vaccinationsfirmaer. Regionerne må påregne at vaccinere eget personale samt leverandører.

Ad 2) I tilfælde af vaccination af hele befolkningen vil det formentlig være mest hensigtsmæssigt, at regioner og kommuner samarbejder om at oprette egentlige vaccinationscentre.

Såfremt staten i den konkrete situation betaler både vaccine og vaccination (lægens honorar for at foretage vaccinationen), vil det være hensigtsmæssigt, at regionerne koordinerer indsatsen og i samarbejde med kommunerne planlægger, hvordan massevaccination iværksættes, herunder udpegning af personale og lokaliteter mv.

Indretning af vaccinationscentre ved vaccination af hele befolkningen er beskrevet i appendiks 6G til Sundhedsstyrelsens publikation "Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark", jf. Appendiks 2.

### **Ledelse**

Der udpeges en regional leder af vaccinationsindsatsen. Ved oprettelse af vaccinationscentre bør region og kommuner samarbejde om ledelsesopgaverne efter konkrete aftaler herom. Hvert vaccinationscenter bør have en ledelsesgruppe med både faglig og administrativ deltagelse. Det bør på forhånd være afklaret, hvem/hvilken funktion der har bemyndigelse til at iværksætte indsatsen.

Der bør i samvirke mellem region og kommuner udarbejdes en handleplan for indsatsen indenfor rammerne af Sundhedsstyrelsens udmelding.

## Organisation

Såfremt der i situationen er behov for at vaccinere store befolkningsgrupper eller hele befolkningen, bør der oprettes vaccinationscentre rundt om i landet. Regioner og kommuner bør anvende på forhånd udpegede lokaliteter. Hvis hele befolkningen skal vaccineres, anbefales det, at der oprettes et vaccinationscenter pr. 21.000 indbyggere i befolkningstætte områder, og at indsatsen i landområder tilpasses befolkningstæthed og geografi.

Det skal sikres, at de befolkningsgrupper, som skal vaccineres, modtager relevant information, herunder indkaldelse til vaccination. I nogle situationer vil materiale være udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, men der bør lokalt planlægges for, at region og kommuner skal kunne informere og indkalde lokalt.

Logistik i form af udbringning/afhentning af vaccine og utensilier samt bortskaffelse af affald bør fremgå af handleplanen, både hvad angår personale og transportmidler. Det bør fremgå af planen, hvem der gør hvad. Beredskabsstyrelsen/Værnsfælles Forsvarskommando kan overvejes inddraget i de logistiske opgaver.

Hvis hele befolkningen skal vaccineres, kan region og kommuneindkalde folk ved hjælp af lister som ved folketingsvalg. Børn og unge under 18 år følges med deres forældre/værge. I indkaldelsen skal der angives et mødetidspunkt for at udnytte ressourcerne bedst muligt og undgå kødannelse. Hvis denne form for indkaldelse skønnes at tage for lang tid, kan man via radio, TV og aviser indkalde folk efter fødselsdato, alfabetisk efter navn, geografi eller lignende. Der skal knyttes et registreringssystem til vaccinationscentre.

## Bemanding

Vaccination kan fortages af læger med erfaring heri fx praktiserende læger afhængigt af hvilke aftaler, der er indgået regionalt. Andet sundhedspersonale fx sygeplejersker, medicinstuderende og paramedicinere kan foretage vaccination på delegation fra en læge. Endvidere bør aftaler med eksterne samarbejdspartnere overvejes fx Forsvarets Sundhedstjeneste eller Beredskabsstyrelsens Specialenhed katastrofemedicinsk (KAT-MED). Der skal således på forhånd planlægges for udpegning af lægelige nøglepersoner, og der må planlægges for udvælgelse og instruktion af hjælpepersonale både for sundhedspersonale og servicepersonale.

Ved vaccination skal den enkelte læge eller den læge, der har delegeret ansvaret, sikre sig, at vaccinationen foregår forsvarligt, herunder at injektionsteknik er korrekt, at patienten er relevant informeret, og at der ikke er kontraindikationer mod vaccinationen. Lægen er endvidere ansvarlig for, at vaccinationen journalføres, jf. bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler.

I vaccinationscentre vil der være behov for hjælpepersonale til opstilling og vedligeholdelse af vaccinationskonsultationer (forsyning af utensilier, vaccine mv. samt bortskaffelse af affald). Der vil derudover være brug for chauffører/biler for hvert vaccinationscenter til afhentning af vaccine fra et centralt depot samt bortkørsel af affald.

Der bør planlægges for personale til at dirigere strømmen af personer igennem vaccinationscentret og til at sikre almindelig ro og orden. Disse funktioner kan evt. varetages af politiet eventuelt med støtte af personale fra Beredskabsstyrelsen eller Forsvaret.

Endelig vil der være behov for administrativt personale til registrering af, hvem der bliver vaccineret. Desuden skal det være afgjort, hvor personer, der oplever gener eller bivirkninger efter vaccination, skal henvende sig.

## **Procedurer**

### I planlægningsfasen

- Aftale mellem region og kommune evt. en aktiveringskontrakt
- Udpegning af egnede lokaliteter til vaccinationscentre
- Udpegning af personale til bemanding af vaccinationscentre fx aftaler med praktiserende læger
- Planlægning af foreløbig logistik

### I den akutte situation

- Overvågning af forløbet ved ledelsen i henholdsvis region og kommune evt. ved at etablere en krise-stab i relation til vaccinationscenteret
- Aktivering af relevante funktioner til iværksættelse af vaccinationsindsatsen
- Oprettelse og indretning af vaccinationscentre
- Logistikplan, herunder forsyning af vaccine og utensilier
- Informationsmateriale til patienter evt. udarbejdet af Sundhedsstyrelsen
- Indkaldelse til vaccination evt. ved brug af valgsystemer
- Registrering og dokumentation/journalføring af vaccination
- Henvendelse ved bivirkninger
- Aftaler om kommunikation af vaccinationsindsatsen

Aftaler om vaccineforsyning til vaccinationscentre vil oftest blive besluttet og udmeldt fra Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen og Statens Serum Institut.

## **5.2 Kommune**

### **Opgave**

De konkrete opgaver vil afhænge af den udmeldte nationale ramme for vaccinationsindsatsen jf. de fire scenarier. Kommunens opgaver vil typisk være at indkalde og gennemføre indsatsen i samarbejde med regionen. Der kan være tale om at arrangere vaccination for: 1) Visse grupper af befolkningen eller 2) Hele befolkningen.

Ad 1) I tilfælde af vaccination af visse befolkningsgrupper kan det være hensigtsmæssigt, at vaccination sker hos praktiserende læger i samarbejde med kommunens ældrepleje, på sygehuse og via private vaccinationsfirmaer. Kommunerne må i denne sammenhæng påregne at skulle vaccinere eget personale og tilknyttede leverandører.

Ad 2) I tilfælde af vaccination af hele befolkningen vil det formentlig være mest hensigtsmæssigt, at region og kommune samarbejder om at oprette egentlige vaccinationscentre. Såfremt staten i den konkrete situation betaler både vaccine og vaccination (lægens honorar for at foretage vaccinationen), vil det være hensigts-

mæssigt, at regionerne koordinerer indsatsen og i samarbejde med kommunerne planlægger for, hvordan massevaccination iværksættes, herunder udpegning af personale og lokaliteter mv.

Indretning af vaccinationscentre ved vaccination af hele befolkningen er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation "Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark", jf. Appendix 2.

## **Ledelse**

Der bør udpeges en leder af vaccinationsindsatsen i kommunen. Ved planlægning for vaccinationscentre bør der nedsættes en ledelsesgruppe med både faglig og administrativ deltagelse fra region og kommune for hvert vaccinationscenter. Det bør på forhånd være afklaret, hvem/hvilken funktion i kommunen der har bemyndigelse til at iværksætte indsatsen.

## **Organisation**

Såfremt kommunen selv skal varetage en vaccinationsindsats, vil det ske efter vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Typisk vil det dog være mest hensigtsmæssigt, at regioner og kommuner samarbejder om både planlægning og indsats.

## **Bemanding**

Vaccination kan foretages af læger med erfaring heri. Andet sundhedspersonale fx sygeplejersker og medicin-studerende kan foretage vaccination på delegation fra en læge. Fx kan kommunens hjemmesygeplejersker foretage vaccination af ældre, syge og handicappede, der ikke kan forlade eget hjem.

Der skal på forhånd planlægges for udpegning af lægelige nøglepersoner, og der må planlægges for udvælgelse og instruktion af hjælpepersonale både for sundhedspersonale og servicepersonale.

Ved vaccinationscentre vil der være behov for hjælpepersonale til opstilling og vedligeholdelse af vaccinationskonsultationer (forsyning af utensilier, vaccine mv. samt bortskaffelse af affald). Der vil derudover være brug for chauffører/biler for hvert vaccinationscenter til afhentning af vaccine fra et centralt depot samt bortkørsel af affald. Endelig vil der være behov for administrativt personale til registrering af, hvem der bliver vaccineret. Desuden skal det være afgjort, hvor personer, der oplever gener eller bivirkninger efter vaccination, skal henvende sig.

En aftale mellem region og kommune kan fastslå, hvorfra personale tages.

Et antal personer vil være nødvendige til at dirigere strømmen af personer igennem vaccinationscentret samt til at sikre almindelig ro og orden. Disse funktioner kan evt. varetages af politiet eventuelt med støtte af Beredskabsstyrelsen eller Forsvaret.

## **Procedurer**

### I planlægningsfasen

- Aftale mellem region og kommune evt. en aktiveringskontrakt
- Udpegning af egnede lokaliteter til vaccinationscentre

- Udpegning af personale til bemanding af vaccinationscentre fx aftaler med praktiserende læger
- Planlægning af foreløbig logistik

#### I den akutte situation

- Overvågning af forløbet ved ledelsen i henholdsvis region og kommune evt. ved at etablere en krisestab i relation til vaccinationscenteret
- Aktivering af relevante funktioner til iværksættelse af vaccinationsindsatsen
- Oprettelse og indretning af vaccinationscentre
- Logistikplan, herunder forsyning af vaccine og utensilier
- Informationsmateriale til patienter evt. udarbejdet af Sundhedsstyrelsen
- Indkaldelse til vaccination evt. ved brug af valgsystemer
- Registrering og dokumentation/journalføring af vaccination
- Henvendelse ved bivirkninger
- Aftaler om kommunikation af vaccinationsindsatsen

Aftaler om vaccineforsyning til vaccinationscentre vil oftest blive besluttet og udmeldt fra Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen og Statens Serum Institut.

## 1.10 Bilag 10 Indretning af ad hoc isolationsfaciliteter

### Formål

Formålet med dette bilag er at vejlede i relation til indretning af ad hoc isolationsfaciliteter på sygehuse. Dele af bilaget kan med fordel integreres i relevante instrukser og action cards i regionerne.

### Målgruppe

Målgruppen for bilaget er planlæggere af sundhedsberedskabet i regionerne.

### Opgave

Ved forekomst af smitsom sygdom, hvor der er behov for isolation af patienter, indlægges de fortrinsvis på infektionsmedicinske afdelinger, som har isolationskapacitet. Der kan imidlertid forekomme hændelser, hvor kapaciteten på de infektionsmedicinske afdelinger ikke slår til. Regionen bør derfor planlægge for at kunne indrette ad hoc isolationspladser, dvs. indrette almindelige sengepladser til isolationspladser i egnede dele af sygehuset.

### Organisation

Ved behov for ekstra isolationskapacitet kan eksisterende afdelinger, afsnit og bygninger på sygehusets område benyttes. Udpegning af lokaliteter afhænger af, hvilken agens og hvilken smittemåde det drejer sig om. Egnede bygningskomplekser bør være udpeget på forhånd til kapacitetsudvidelse ved forskellige behov, se tabel 1 Eksempler på isolationsscenerier.

Sygehuse vil ofte være direkte anvendelige til ad hoc indretning af isolation. Andre bygninger kan dog også være velegnede fx kasernebygninger

- Hvis den mikrobiologiske årsag (agens) kendes: Her kan der være tale om primær smitte til en større personkreds fx kontamineret fødemiddel og i det tilfælde, at der efterfølgende er væsentlig person-til-person smitte, vil denne typisk være fæko-oral (smitte via afføring).
- Hvis agens ikke er identificeret: Her må det vurderes, om der er en sandsynlig agens og hermed en sandsynlig smittemåde, eller om man skal tage højde for maksimal smitterisiko.

Udover tilstedeværelse af enestuer, evt. særlig ventilation mv., er det vigtigt, at personale (og patienter) har mulighed for at vaske hænder. Der skal helst være håndvask på stuen, og som supplement kan der opsættes/udleveres hånddesinfektionsmiddel. Der er derudover behov for depoter og arbejdsrum adskilt i rene rum (fx linned, medicin, udstyr), urene rum (fx skyllerum, snavsetøj, affald) og køkken- og personalerum.

**Tabel 1: Eksempler på isolationsscenerier**

Sandsynligt eller verificeret agens og smitemåde	Optimal bygning	Indretning Væsentlige elementer	Beskyttelsesmidler til personale
Luftbåren smitte (dråbekerner)	<p>Isoleret bygning.</p> <p>Afstand til anden bebyggelse/beboelse.</p> <p>Ventilation, helst aktiv, så forurenede luft ikke kommer ind i andre rum, men ud af patientrummet til det fri evt. via tilkøbet hepafilter. Undgå recirkulation af luften.</p> <p>Luftindtag og luftudførelse tager hensyn til sædvanlig vindretning.</p> <p>Gerne ind-/udgang til terræn. Hvis det ikke er muligt planlægges og markeres transport- og adgangsveje.</p>	<p>Enestue.</p> <p>Sluse (dobbeldør).</p> <p>Toilet- og badefaciliteter.</p> <p>Plads og installationer (el, vand, kommunikationskabler mv.) så apparatur kan tilkøbes – mhp. røntgenundersøgelse, dialyse, overvågning, dekontaminering af udstyr (bækkener, instrumenter mv.).</p>	<p>Åndedrætsværn skal benyttes.</p> <p>Øvrige beskyttelsesmidler: Handsker og overtrækskittel.</p> <p>Suppleres med maske, beskyttelsesbriller/visir og evt. hue.</p>
Luftbåren smitte (dråbesmitte)	Afsnit/afdeling i bygning tilstrækkelig.	Gerne enestue, alternativt minimum en meter mellem sengene.	<p>Handsker og overtrækskittel..</p> <p>Suppleres med maske, beskyttelsesbriller/visir og evt. hue.</p>
<p>Kontaktssmitte (og fæko-oral smitte)</p> <p>Luftbåren smitte (støvsmitte)</p>	Afsnit/afdeling i bygning tilstrækkelig.	<p>Gerne enestue, alternativt minimum en meter mellem sengene.</p> <p>Gerne eget toilet til hver stue.</p>	Handsker og overtrækskittel.



<p>Vehikelbåren smitte (vand, fødemiddel, m.fl.) med efterfølgende person-til-person smitte fæko-oral</p>	<p>Primærsmitte afbrydes ved at smittekilde identificeres og fjernes. Hvis der efterfølgende er risiko for person-til-personsmitte, er det oftest via kontaktsmitte (og fæko-oral smitte), se ovenfor.</p>		
---	--	--	--

Høringsversion

## 1.11 Bilag 11 Karantæne

### Formål

Formålet med dette bilag er at rådgive regioner og kommuner i forbindelse med planlægning for og indretning af karantænefaciliteter. Dele af bilaget kan med fordel integreres i relevante instrukser og action cards i regioner og kommuner.

### Målgruppe

Målgruppen er planlæggere af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner.

### Baggrund

Formålet med karantæne er at hindre smittespredning fra personer, der muligvis er blevet smittet, men som endnu ikke er syge eller har symptomer. Hvis der er risiko for, at personer, som har været udsat for smitte (eksponerede), kan blive syge efter nogle dage og måske er smittet med en meget alvorlig smitsom sygdom, skal personerne i karantæne, indtil situationen er afklaret. Personer, som karantænesættes, er således ikke syge.

Epidemikkommissionen, regionen og kommunerne må i samarbejde planlægge for håndtering af en situation, hvor mistænkt smittede personer skal i karantæne. Planlægningen bør omfatte opgaver for alle involverede og aftaler om pressestrategi, information til borgerne og kommunikation mellem myndighederne.

Hjemmekarantæne kan anvendes såfremt de konkrete forhold i og omkring bopælen tillader dette, og hvis lægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) vurderer, at den pågældende person vil være tilgængelig for aktiv overvågning. Ellers kan kaserner og tilsvarende indrettede bygninger anvendes som karantænefacilitet. Politiet bør inddrages ved udpegning af karantænefaciliteter, da bevogtning kan blive aktuel.

Sundhedsstyrelsen finder det ikke hensigtsmæssigt at udpege sygehusafdelinger som karantænefacilitet. Et sygehus er beregnet til syge mennesker, og personalet er vant til at udføre pleje og behandling af syge. Derudover kan karantæne på et sygehus skabe forvirring om begreberne isolation og karantæne, som for lægmand kan være vanskelige at adskille. Karantænesatte kan være i alle aldre og høre sammen i familier eller andre grupperinger. Omgang med dem stiller helt andre krav end hospitalspersonalet er vant til. Der er behov for social håndtering, underholdning og aktiviteter, samt formentlig psykosocial støtte på grund af den kritiske situation det vil være at blive sat i karantæne.

Sundhedsstyrelsens publikation ”Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark” (Koppeplanen), jf. Appendix 2, indeholder nærmere vejledning i indretning af karantænefaciliteter. Desuden kan Sundhedsstyrelsens Vejledning om hygiejne ved langvarig, midlertidig indkvartering af mange personer, 2016, anvendes.

### Anvendelse af tvang og frihedsberøvelse

Frivillig karantæne og frivillig aktiv overvågning af karantænesatte anbefales altid. Beslutning om at anvende tvangsmæssige foranstaltninger kan træffes af politidirektøren på vegne af epidemikkommissionen.

Et påbud om karantæne skal gives skriftligt til den, der sættes i karantæne. Et påbud om hjemmekarantæne efter epidemilovens § 6, stk. 1 er også at betragte som frihedsberøvelse. Efter epidemilovens § 27 kan der ydes erstatning til personer, der frihedsberøves efter epidemilovens § 5 og § 6.

Hvis påbud om karantæne prøves ved en domstol, vil det formentlig i høj grad være den lægefaglige vurdering, der vil blive prøvet. Derudover indgår de formelle krav i afprøvningen (den pågældende sygdom er at betragte som alment farlig jf. epidemilovens § 2, bilag A).

## **7.1 Region**

### **Opgave**

Observation, behandling og pleje af karantænesatte er regionens opgave. Dertil kommer forsyning med fødevarer, bortskaffelse af affald mv. Bevogtning er politiets opgave.

I relation til WHO's internationale sundhedsregulativ, IHR, skal regionen endvidere kunne modtage mistænkt syge og smittede, som ankommer til landet i havne og lufthavne. I denne sammenhæng kan karantæne komme i anvendelse, og personer der skal i karantæne skal kunne transporteres fra havn/lufthavn til karantænestedet.

Det er væsentligt, at planen omfatter mulighed for graduering af indsatsen og oprettelsen af centre efter det aktuelle behov. Planen må således kunne aktiveres trinvist. Der kan være tale om scenarier med behov for karantæne af relativt få personer til worst case med behov for internering af 5.000 personer i op til 17 dage.

I henhold til epidemiloven afholder regionerne alle udgifter til foranstaltningerne mod smitsomme sygdomme.

Såfremt hjemmekarantæne anvendes, sikrer regionen, at de pågældende dagligt tilses af en sundhedsperson med relevante kompetencer, som rapporterer videre til lægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

### **Ledelse**

Beslutning om iværksættelse af karantæneforanstaltninger kan tages af Sundhedsstyrelsen og af den regionale epidemikommission.

Der udpeges en faglig leder fx en læge eller sygeplejerske samt en driftsansvarlig leder for hvert karantænecenter. Der skal endvidere være en læge tilknyttet, som dagligt tilses de karantænesatte.

### **Organisation**

Hver region planlægger for etablering af karantænefaciliteter.

Det kan være hensigtsmæssigt at inddrage Værnsfælles Forsvarskommando i planlægningen, idet forsvarets kaserner på grund af bevogtningsmuligheder og beliggenhed umiddelbart kan være velegnede som karantænecentre. Kaserner giver også gode muligheder for at opfylde de øvrige opstillede krav til karantænecentre. Regionerne bør på forhånd have indgået aftaler om benyttelse af konkrete karantænefaciliteter fx kaserner eller andre egnede faciliteter eksempelvis i kommunalt regi.

Regionen forestår planlægning af indretning, drift, administration og bemanning af karantænecentre. Der kan hentes inspiration i Sundhedsstyrelsens Vejledning om hygiejne i Asylcentre, jf. Appendiks 2.

Overordnet skal karantænefaciliteter opfylde følgende krav:

### Bygninger

- Antal toiletter m/k, tilstræbt minimum et pr. 10 personer
- Evt. handicaptoilet

### Håndvask, minimum en pr. 10 personer

- Håndvaske i aflåste toiletrum medregnes ikke
- Engangshåndklæder og sæbe
- Hånddesinfektion med sprit
- Antal badefaciliteter, tilstræbt minimum 5 pr. 100 personer
- Eventuelt separate rum til forældre med småbørn eller handicappede. Adskillelse m/k ved sovefaciliteter
- Små adskilte enheder fx 8-15 personer
- Skaber mulighed for forskellige karantænetider
- Mulighed for tidsmæssig adskillelse, hvis der er flere "hold"
- Sikre faciliteter til modtagelse af varer og bortskaffelse af affald mv.
- Personalefaciliteter

### Forplejning

- Tre daglige måltider, derudover mellemmåltider
- Ingen madlavning på stedet, men mulighed for kogning af fx vand, mikrobølgeovn

### Andet

- Mulighed for frisk luft og daglig motion
- Tøj/tøjkask og tørrefaciliteter. Det kan ikke påregnes, at de karantæneramte personer selv medbringer tøj
- Orientering, TV/radio i opholdsstue, minimum en pr. 50 personer
- Mulighed for adgang til telefon, computer med internet, e-mail samt opladning af diverse mobiltelefoner
- Senge og linned til alle (evt. madrasser, lagener og tæpper)
- Låsbare skabe

Som hovedregel skal bygningen, som karantænecenteret indrettes i, overholde de eksisterende regler i bygningsreglementet. Kommunen kan dispensere herfra, eventuelt efter rådgivning fra læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) omkring sundhedsfaglige problemstillinger.

Ved indretning af karantænecentre skal der være mulighed for at opdele de karantænesatte i mindre grupper af hensyn til begrænsning af eventuelle sygdomsudbrud. Der skal være faciliteter på stedet til at isolere personer med usikker diagnose eller vaccinerede febrile personer uden udslæt.

Der skal være rum til lægekonsultation med relevant udstyr. Der skal indrettes udslusningsfaciliteter med relevant beskyttelsesudstyr til personalet til de muligt syge personer, som skal indlægges på sygehus fra karantænecenter.

Der skal være faciliteter til og instrukser for bortskaffelse af smittefarligt affald.

Ved udpegning af karantænefacilitet bør politiet inddrages i forhold til evt. bevogtning af lokaliteten.

### **Bemanning**

Der udpeges en faglig leder fx en læge eller sygeplejerske og en driftsansvarlig leder for hvert karantænecenter. Der skal endvidere være en læge tilknyttet fx infektionsmedicinere, som dagligt tilser de karantænesatte.

Personale i karantænecenteret kan tage hjem efter arbejdstids ophør.

I karantænecenteret kan der blive behov for følgende personale:

- Bevogtning døgnet rundt ved vaccineret personale fra politiet eller forsvaret, hvis kaserne/flyvestation benyttes
- Dagligt lægetilsyn fx af infektionsmedicinere
- Døgnvagt ved sygeplejerske eller social- og sundhedsassistenter
- Mulighed for psykologassistance
- Teknisk personale til almindelig vedligeholdelse
- Rengøring udføres af de karantæneramte med assistance fra og tilsyn af rengøringspersonale

Der kan således være behov for tre kategorier af personale:

- Sundhedsfagligt personale med behandlings- og plejefunktioner
- Servicepersonale med opgaver vedrørende drift, transport og forsyning
- Bevogtningspersonale med myndighed til at internere og tilbageholde personer/patienter i karantænecentret

**Tabel 2: Estimeret behov for personale pr. antal karantænesatte**

Karantænesatte	Læger/sygeplejersker	Forplejning	Sekretærer	Transport mv.
500	5	30	10	5
1000	10	60	20	10
1500	15	100	25	15

### Sundhedsfagligt personale

Personale, der skal bemane karantænecentre, bør udvælges blandt sundhedspersonale, som i forvejen er bekendt med de sundhedsfaglige procedurer for behandling, pleje og omsorg, som skal anvendes i centrene. Desuden skal personalet være orienteret om de særlige rettigheder og pligter, som gælder for personer, der

sættes i karantæne. Endvidere skal personalet være orienteret om de psykologiske aspekter, som gælder i forholdet mellem patient og behandler i situationer, hvor personer er tilbageholdt under tvang.

Personalet skal som led i den almindelige sundhedsberedskabsplanlægning være orienteret om, at de vil kunne pålægges at gøre tjeneste i de oprettede karantænecentre, og at det sker som led i deres almindelige ansættelsesforhold. Det bør jævnligt afholdes øvelser for det personale, der skal indgå, hvor sundhedsmæssige og andre rutiner indøves. Arbejdet i centrene bør i øvrigt tilrettelægges så tæt på de almindelige arbejdsgange som muligt.

Til regionernes planlægning af personale dimensionering skal det overvejes, hvilke vagtforhold der skal bruges (vagttag, tilstedeværelse, døgn dækning, mv.). Antallet af medarbejdere skal dimensioneres i forhold til antallet af karantænesatte.

Tal for det sundhedsfaglige personale er estimeret ud fra erfaringer fra det sidste koppertilfælde i Danmark.

#### Servicepersonale

Servicepersonale til karantænecentrenes drift udvælges af regionerne i et samarbejde med de myndigheder, som råder over egnede ressourcer til denne slags opgaver. Det kan fx dreje sig om kommunerne, Forsvaret, Beredskabsstyrelsens regionale centre.

#### Bevogtningspersonale

Personale til bevogtning udvælges og dimensioneres af politiet og alternativt af Værnsfælles Forsvarskommando. Bevogtning kan forbedre det øvrige personales sikkerhed under arbejdet i karantænecenteret.

#### Politiet

Politiet har det overordnede ansvar for følgende opgaver ved tilbageholdelse og karantæne:

##### Inden karantænefacilitet

- Koordinering i indsatsledelsen ved konkrete indsatser fx modtagelse af et fly med mistænkt alvorligt smitsomt syge ombord
- Alarmere epidemikommisionen ved formodet almen farlig smitsom sygdom
- Etablering af opsamlingssted og midlertidig karantænefacilitet ved behov herfor
- Registrering af alle involverede ved politiets katastroferegistrering (KATREG)
- Information om evt. tilbageholdelse, hvis det er relevant
- Medvirke til eftersøgning af potentielt smittede personer
- Evt. medvirke til transport af karantænesatte til karantænefacilitet.

##### På karantænefacilitet

- Tryghed, sikkerhed, fred og orden på karantæneområdet
- Medvirke til evt. oprettelse pårørendecenter efter behov
- Bevogtning af karantænefacilitet
- Krisekommunikation i samarbejde med øvrige involverede myndigheder.

## Procedurer

Alarmering af epidemikommisionen ved mistanke om smitsom sygdom jf. epidemiloven skal være planlagt på forhånd. Alarmering kan foregå ved henvendelse til politiets vagtcentraler eller et af kommissionens medlemmer, fortrinsvis politidirektøren som er formand, eller lægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægen).

Formen for karantæne (omfanget af restriktioner) afhænger af infektionens smitemåde og smitsomhed. Iværksættelse af karantæne afhænger af, hvor hurtigt muligvideresmitte kan forekomme, og hvor alvorlig og smitsom den mistænkte sygdom er. Karantænen vil som regel kunne ophæves, når den maksimale inkubationstid er overstået, uden at der har været sygdomstegn.

Region, kommune, politi og evt. Værnsfælles Forsvarskommando bør på forhånd have planlagt for indretning af karantænelokalitet og aktivering af personale, der skal involveres.

Personer, som antages at være smittet, transporteres omgående til karantænelokalitet. Transport kan ske ved egen foranstaltning eller ved regionens foranledning (frivillig anbringelse). Såfremt en mistænkt smittet ikke vil lade sig frivilligt anbringe i karantæne, træffer epidemikommisionen beslutning om, hvorvidt tvang skal anvendes, og anbringelse sker da ved politiets foranstaltning efter gældende lovgivning.

Politiet kan bistå ved eftersøgning af mistænkt smittede personer.

Den mistænkte smitsomme sygdom afgør, hvilket beskyttelsesudstyr, vacciner mv., som personale på karantænefaciliteten skal have

Hvis personer i karantæne får sygdomstegn, skal de hurtigst muligt tilses af den tilsynsførende læge med henblik på evt. indlæggelse på sygehus i isolation. Transportpersonalet skal anvende beskyttelsesudstyr under transporten af syge fra karantæne til sygehus.

Den tilsynsførende læge træffer beslutning om, hvornår karantænen kan ophøre for hver enkelt person.

## 7.2 Kommune

### Opgave

Kommunen kan efter en konkret og individuel vurdering yde hjælp til karantænesatte og evt. deres pårørende efter lov om aktiv socialpolitik og lov om social service. Dette kan være relevant i forbindelse med hjemmekarantæne.

Den kommune, hvor en karantænefacilitet er beliggende i, bør inddrages i planlægningen ligesom politi og forsvar. Der kan med fordel indgås konkrete aftaler mellem region og kommune om, hvilken bistand kommunen yder i forbindelse med oprettelse og drift af karantænefacilitet. Der kan være tale om bygningsmæssig, personalemæssig og logistisk bistand.

Kommunen kan således, afhængigt af den konkrete aftale med regionen, få opgaver i form af indretning af karantænecenteret, daglig drift af centeret, omsorg for de karantænesatte, forsyning af levnedsmidler, rengøring, bortskaffelse af affald og transport mv.

I henhold til epidemiloven afholder regionerne alle udgifter til foranstaltninger mod smitsomme sygdomme.

## **Ledelse**

Kommunen inddrages i ledelsen af det konkrete karantænecenter efter aftale mellem region og kommune (se den del af bilaget, der vedrører regionen). Personale fra kommunen kan fungere både som faglig leder (læge eller sygeplejersker) og driftsleder.

Det skal være klare aftaler for, hvem i kommunen der kan aktivere og iværksætte den aftalte kommunale bistand, og det skal sikres, at det involverede personale kender deres opgave.

## **Organisation**

Af planlægning mellem region og kommune bør klart fremgå, hvordan karantænecenteret er organiseret, hvad kommunens opgaver præcist er, og der bør være taget højde for alle praktiske forhold (se den del af bilaget, der vedrører organisation for regionen).

## **Bemanding**

Kommunalt personale kan indgå i karantænecenteret efter aftale mellem region og kommune. Det pågældende personale skal være orienteret om de særlige rettigheder og pligter, der gælder for karantænesatte. Endvidere skal personalet være orienteret om de særlige psykologiske aspekter, som gælder i forholdet mellem patient og behandler i situationer, hvor personer er tilbageholdt under tvang.

Personalet skal som led i den almindelige sundhedsberedskabsplanlægning være orienteret om, at de vil kunne pålægges at gøre tjeneste i karantænecentre, og at det sker som led i deres almindelige ansættelsesforhold. Det bør derfor også indgå i planlægningen af sundhedsberedskabet, at der jævnligt holdes øvelser for det personale, hvor procedurer for karantænecentre indøves. Arbejdet i centrene bør i øvrigt tilrettelægges så tæt på almindelige arbejdsgange som muligt.

Til brug for personaledimensionering bør det overvejes, hvilke vagtforhold der skal planlægges for (vagtlag, tilstedeværelse, døgndækning, mv.). Antallet af personale skal dimensioneres i forhold til antallet af karantænesatte. Se evt. tabel 2: Estimeret behov for personale pr. antal karantænesatte.

## **Procedurer**

Kommunen samarbejder med regionen og politiet ved udarbejdelse af plan for karantænecenteret og sikrer, at det aftalte personale fra kommunen udpeges og informeres om opgave, beskyttelse, procedurer mv. (se også den del af bilaget der vedrører procedurer for regionen).



Bilag 12-14 omhandler specifik rådgivning i forhold til planlægning for CBRNE-hændelser.

## 1.12 Bilag 12 Håndtering af C-hændelser

### Formål

Formålet med dette bilag er at vejlede regioner (sygehuse og præhospitalt) og kommuner i håndtering af hændelser med kemiske stoffer. Dele af bilaget kan med fordel indarbejdes i relevante instrukser og action cards for håndtering af C-hændelser.

### Målgruppe

Målgruppen for bilaget er planlæggere af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner.

### 8.1 Regionalt

#### Opgave

##### Præhospitalt

Redningsberedskabet er ansvarlig for rensning af forurenede personer ved skadestedet inden lægelig behandling.

Sundhedspersonalets opgave i indsatsområdet er følgende:

- Sikre, at der ikke sker yderligere eksponering af berørte personer
- Sikre, at rensning iværksættes hvis nødvendigt
- Inddele de berørte i skadede og ikke-skadede efter, hvem skal renses, og hvem der ikke skal renses
- Prioritere de tilskadedkomne
- Foretage fornøden behandling af tilskadedkomne/forgiftede. Hvis en patient er forurennet, indledes behandling først efter, at vedkommende er rensset ved redningsberedskabets foranstaltning. Tilsvarende transporterer ambulancer ikke forurenede patienter
- Hele tiden have øje for egen og kollegers sikkerhed
- Sikre samarbejde med politiet om katastroferegistrering af tilskadedkomne.

##### Modtagelse på sygehus

Håndteringen af kemikalieforurenede personer og forgiftningspatienter på sygehuset omfatter:

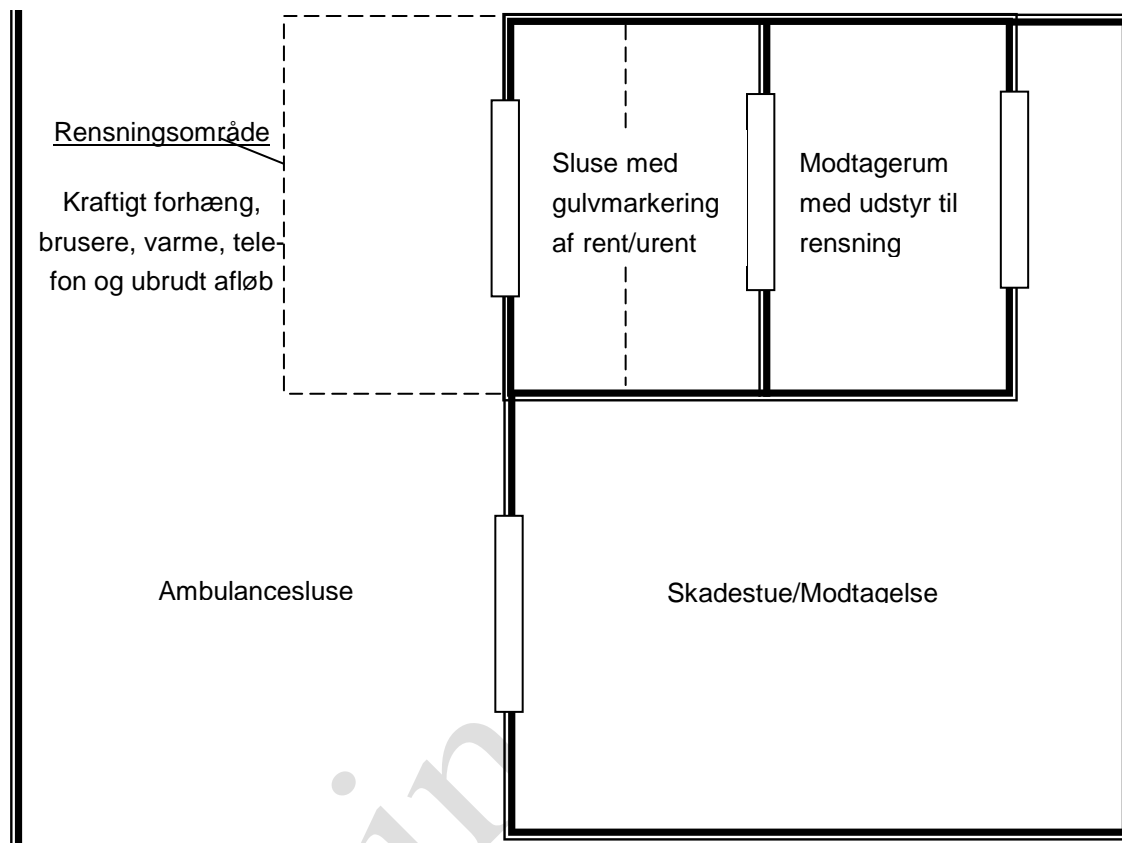
- Fornøden livreddende, akut behandling
- Rensning, hvis nødvendigt
- Visitation
- Symptomatisk behandling
- Evt. behandling med specifikt antidot, hvis relevant
- Samarbejde med politiet om katastroferegistrering af tilskadedkomne.

De nævnte håndteringsprincipper anvendes dagligt på sygehusene. Det er derfor primært antallet af patienter, som adskiller daglig rutine fra en beredskabshændelse. Sygehuspersonale skal være opmærksomt på risiko

for sekundær udsættelse af personalet for forurening eller forgiftning og på eventuelt behov for sjældent anvendte antidoter.

Samme modtagefacilitet kan benyttes ved modtagelse af patienter, der er forurenede ved en R/N-hændelse. Se evt. også bilag 14.

**Figur 3: Eksempel på modtagefaciliteter til forurenede patienter**



### Ledelse

Der bør være samme ledelses- og ansvarsforhold ved en hændelse med kemiske stoffer og andre beredskabs-hændelser.

### Organisation

Regionens organisation er den samme ved hændelser med kemiske stoffer som ved andre beredskabshændelser, både på skadested og på sygehuse.

I forbindelse med indsatsen kan der indhentes ekspertrådgivning og bistand fra Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelsen, som kan yde telefonisk rådgivning og bistå direkte i indsatsområdet og fareområdet eventuelt sammen med et Hazmat-team. Giftlinjen på Bispebjerg Hospital kan yde telefonisk rådgivning.

Desuden kan regionernes AMK have behov for at tilknytte medicinske speciallæger med specialviden om forgiftninger.

## **Bemanding og udstyr**

### Præhospitalt

Regionens bemanding præhospitalt er den samme som ved andre beredskabshændelser. Almindeligvis håndteres forurenede patienter ikke af sundhedspersonale, før rensning er gennemført. Regionen kan dog vælge at have personligt beskyttelsesudstyr i ambulancer, akutlægebiler, akutbiler mv. Såfremt det vurderes nødvendigt for det præhospitale personale at bruge beskyttelsesudstyr i indsatsområdet, bør det bestå af:

- Heldragt med hætte
- Gasmaske med filter
- Handsker
- Gummistøvler.

Dette udstyr er imidlertid IKKE tilstrækkelig beskyttelse til at håndtere patienter i fareområdet. Det definerede fareområde kan i øvrigt ændres over tid eksempelvis som følge af ændret vindretning.

Såfremt regionen finder, at det præhospitale personale skal anvende det nævnte beskyttelsesudstyr præhospitalt, er det vigtigt, at personalet uddannes heri, og at træningen løbende vedligeholdes.

Nedenfor er der listet eksempler på personlige beskyttelsesmidler ved C-hændelser med forurenede personer. Listen er ikke udtømmende. Der bør under alle omstændigheder tages kontakt til den relevante ekspertfunktion i den konkrete situation.

Eksempler:

**Heldragt:** Skal være en ”stænkæt overtræksdragt” af plast eller gummi (mindst type 4 efter europæisk standard EN 14605). Dragten bør lukkes med kraftig tape omkring håndled og ankler, ligesom overgangen mellem gasmaske og dragt (halsen) kan tapes. Der anvendes i dag ofte laminerede engangsdragter, der er nemme at få på og arbejde i, og som yder den nødvendige beskyttelse.

**Gasmaske:** Skal være af typen helmaske og være forsynet med et kombineret gas- og partikelfilter af typen A2B2E2K2-P3. Denne type yder kortvarig beskyttelse (timer) mod kemiske stoffer.

**Handsker og gummistøvler:** Der er ingen gældende standarder på dette område. Der anbefales en ”almindelig gummistøvle” og et par handsker af kraftigere kvalitet end engangshandsker. Handskerne bør ikke være kraftigere, end at det stadig er muligt at udføre kliniske procedurer fx nitrilhandsker.

### På sygehus

Personalet på sygehusenes modtagelser, som skal behandle en mulig forgiftet eller forurennet patient (selvhenvender), bør på forhånd være udpeget, og procedurer for modtagelsen indøvet, herunder brug af beskyttelsesudstyr ved rensning af forurenede selvhenvendere. Personligt beskyttelsesudstyr, som anbefales til sygehuspersonale i denne sammenhæng, er det samme som nævnt under præhospitalt personale.

Fordi personalet kun fuldstændigt sikres med særlige heldragter og lukkede åndingssystemer, kan det overvejes at etablere samarbejde med Beredskabsstyrelsens centre om at varetage rensning af patienter på sygehuset. Der kan ligeledes etableres et samarbejde med den lokale beredskabsstab vedrørende rensning af patienter.

#### Informationer vedrørende forgiftninger

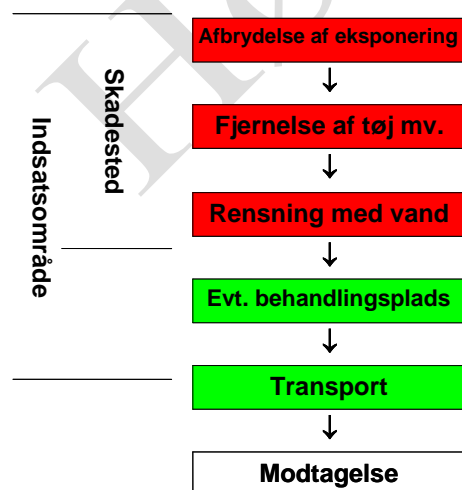
- Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen, tlf. 45 90 60 00, foretager rådgivning, analyse og assistancer på stedet i forbindelse med hændelser med kemiske stoffer i døgnet 24 timer
- Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen har Informationssystem om farlige stoffer, som findes i en elektronisk udgave, som app'en Farlige Stoffer og en papirudgave. Materialet opdateres årligt
- Giftlinjen på Bispebjerg Hospital, tlf. 35 31 55 55 rådgiver om risikovurdering og behandling af forgiftninger døgnet 24 timer
- Håndtering af kemikalieforurenede personer, 12 håndteringskort, Beredskabsstyrelsen
- Antidotohåndbogen med omtale af antidotbeholdninger i hele landet, behandlingsvejledninger og oversigter over forhandlere af antidoter findes på [www.sygehusberedskabet.dk](http://www.sygehusberedskabet.dk)
- Toksikologiske oplysninger om en række kemiske stoffer og produkter findes i Kittelbogen og medicin.dk fra Infomatum A/S
- Toksikologiske oplysninger om kemiske kampstoffer findes i medicin.dk fra Infomatum A/S
- Håndbog med vejledning om medicinsk behandling af forgiftninger findes på det europæiske lægemiddelagenturs hjemmeside ([www.emea.europa.eu](http://www.emea.europa.eu)) ved søgning på "chemical threats" og på det amerikanske Center for Disease Control, CDC's hjemmeside (<http://www.bt.cdc.gov/>)
- Toksikologiske oplysninger kan desuden findes i databaserne på det amerikanske National Library of Medicine's Toxnet (<http://toxnet.nlm.nih.gov/>), i gængse håndbøger og kommercielle databaser som Micromedex Poisindex.

## Procedurer

### Præhospitalt

Rensning i indsatsområdet foretages af redningsberedskabet og består af de trin, som fremgår af figur 2.

Figur 4: Flow-diagram for håndtering af forurenede personer på skadestedet



## På sygehus

Regionen bør planlægge for følgende procedurer:

Rensning: Vedrører personer, som selv henvender sig på sygehuset, mens patienter, der transporteres fra skadestedet, forventes at være rensede. Selvhenvendere vil generelt være let eksponerede og i nogle tilfælde ueksponerede.

Der bør således etableres mulighed for at rense få patienter på det enkelte sygehus. Modtagelse og rensning af patienter foregår mest hensigtsmæssigt i tilslutning til det fri eller med selvstændig, effektiv ventilation og egen indgang. Herved undgås forurening af sygehusets øvrige faciliteter. Desuden bør der være vandinstallation til skylning med tempereret vand, remedier til øjenrensning og øvrige hjælpemidler som omtalt nedenfor. Rensning af flere patienter kan evt. ske i samarbejde med det lokale redningsberedskab eller Beredskabsstyrelsens centre.

Det vurderes ikke nødvendigt at sikre særlig opsamling og bortskaffelse af spildevandet fra rensproceduren på sygehuset. Fortyndingsgraden af spildevandet vurderes at være så stor, at videre forurening og belastning af miljøet er ubetydelig.

Visitation: Baseres på patientens tilstand og en risikovurdering, hvori der indgår det involverede kemiske stofs toksikologiske egenskaber og et skøn over eksponeringens størrelse. Hjælp til sundhedsfaglig risikovurdering kan fås ved kontakt til Giftlinjen på Bispebjerg Hospital. Oplysninger om det kemiske stof kan fås ved kontakt til Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelsen.

Symptomatisk behandling: Omfatter akut livreddende og almen støttende behandling. Akut livreddende behandling følger almindelige ABC-principper (Airway, Breathing, Circulation). Ved meget giftige stoffer eller ved kontakt med opkast eller lignende fra forgiftede personer er der risiko for sekundær udsættelse af personalet, som derfor skal benytte personligt beskyttelsesudstyr ved kontakt med patienter, der ikke er rensede.

Antidoter: Lægemidler, som mere eller mindre specifikt modvirker giftvirkning. I nogle situationer gør antidotbehandling anden kompliceret behandling overflødig fx naloxon mod respirationsstop ved opioidforgiftning. Nogle antidoter anvendes så sjældent, at adgang ved akut behov ikke kan tages for givet. Behovet for almindeligt brugte antidoter kan også overskride mængden i de tilgængelige lagre ved et stort antal forgiftede patienter. I sundhedsberedskabsplanlægningen er vigtigt at have kendskab til lagrene på det enkelte sygehus, i regionen og i Danmark.

Personer, der henvender sig (selvhenvendere) eller indbringes på sygehus, kan inddeles i én af fire nedenstående kategorier:

- Kategori 0: Personer, der er rensede på skadestedet
- Kategori 1: Forurenede patienter, der ankommer i ambulance
- Kategori 2: Forurenede selvhenvendere
- Kategori 3: Mange forurenede personer samtidigt.

## Rensning og behandling af patienter på sygehus

De anførte rensprocedurer gælder for modtagelse af forurenede personer på sygehus.

Kategori 0. Personer, der er rensset på skadestedet:

- Personerne udgør ingen fare for andre
- Personerne kan modtages direkte i normale behandlingsrum
- Personalet træffer ingen særskilte beskyttelsesforanstaltninger
- Personernes eventuelle forgiftninger behandles
- Vær opmærksom på eventuel krydskontaminering.

Kategori 1. Forurenede patienter, der ankommer i ambulance:

- Personen skal forblive i ambulancen, indtil der er etableret rensmulighed
- Hvis personen allerede er kommet ind på sygehuset, føres patienten tilbage ad den kortest mulige vej og ind i ambulancen, indtil der er etableret rensmulighed
- Der rekvireres eventuelt hjælp til rensning via AMK
- Personale fra sygehuset klæder om til beskyttelsesdragt og hjælper den mobile patient til selvrensning eller påbegynder rensning af den immobile patient ifølge lokal instruks. Hvis patienten får brug for livreddende behandling, udføres dette kun af personale iklædt personligt beskyttelsesudstyr
- Når patienten er rensset, følges proceduren under kategori 0
- Ambulancepersonale, der har været i kontakt med den eksponerede, gennemgår rensprocedurer i lighed med ovenstående
- Ambulance og materiel/udstyr i øvrigt dekontamineres og rengøres.

Kategori 2. Forurenede selvhenvendere:

- Så snart det erkendes, at der er tale om en forurenset selvhenvender, sikrer sygehuspersonalet sig, at vedkommende holdes uden for sygehuset, indtil rensning er gennemført. Er personen kommet ind på sygehuset, ledes vedkommende straks ud af sygehuset ad den kortest mulige vej
- Personalet holder afstand til personen
- Personale fra sygehuset klæder om til beskyttelsesdragt og hjælper personen til selvrensning ifølge lokal instruks. Der rekvireres eventuelt hjælp til rensning via AMK, og politiet underrettes
- Hvis patienten får brug for livreddende behandling, udføres behandlingen kun af personale i beskyttelsesdragt
- Når patienten er rensset, følges proceduren under kategori 0.
- Personer, herunder personale, der har været i kontakt med den eksponerede uden beskyttelse, identificeres og gennemgår rensprocedurer i lighed med ovenstående.
- Kategori 3. Mange forurenede personer samtidigt:
- Der indledes straks forberedelse til rensning
- Der rekvireres hjælp til rensning via AMK
- Forurenede personer holdes uden for sygehuset til efter rensning
- Aflås om muligt alle indgange til sygehuset og underret politiet. Adgangskontrol og afspærring aftales med politiet

- Berolig personerne og fortæl, at de kan få adgang til sygehuset, når de er rensset, og at redningsberedskabet er på vej med henblik herpå
- Overvej, om personale skal iklædes beskyttelsesudstyr og foretage livreddende procedurer uden for sygehuset
- Personerne renses med redningsberedskabets assistance uden for sygehuset
- Når personerne er rensset, følges proceduren under kategori 0
- Personer, herunder personale, der har været i kontakt med eksponerede uden beskyttelse, identificeres og gennemgår renseprocedure i lighed med ovenstående.

Faste og flydende stoffer samt tåger med dråber eller partikler (aerosoler): Patienten kan evt. selv udføre rensningen under vejledning. Tøj, smykker, ure, kontaktlinser mv. fjernes og placeres i dobbelte plastposer. Smykker, ure, nøgler og andre personlige ting kan med fordel placeres sammen i egen dobbelte plastpose.

Synligt kemisk stof fjernes med pincet eller spatel, og der vaskes to gange med rigeligt vand og sæbe. Vandet skal være tempereret for at undgå afkøling af personen. Øjne skylles med blød vandstråle eller øjenskyllevæske i cirka femten minutter.

Skylning med rigeligt vand og sæbevask vurderes som den mest hensigtsmæssige måde at rense på. Ved hudkontakt med flussyre kan calciumholdig gel eller væsker dog bruges efter vand, hvis sådanne midler er tilgængelige.

Gasser: Tøj mv. fjernes, som anvist under ”Faste og flydende stoffer samt tåger med dråber eller partikler (aerosoler)”. Rensning af hud er ikke nødvendigt.

## 8.2 Kommunalt

### Opgave

Regionens sundhedsberedskab vil varetage indsatsen overfor dem, der bliver syge/forgiftede.

Kommunen er ansvarlig for at håndtere følgevirkninger fra en hændelse med kemiske stoffer. Det drejer sig blandt andet om de personer, der senere bliver syge efter eksponering fra et skadested – fx folk, der bor tæt på hændelsen. Der kan også være miljømæssig påvirkning af omgivelserne fx hus, have, køkkenhave, afgrøder mv. Såfremt børne- eller plejehæmninger er beliggende i området, kan der yderligere være behov for særlige forholdsregler.

Ved forurening af drikkevand med kemiske stoffer skal kommunen medvirke til at sikre, at der iværksættes udredning, information til berørte og tiltag til at skaffe alternativ vandforsyning. Kommunen bør have en plan til håndtering af drikkevandsforurening.

Forurening af drikkevand håndteres i henhold til Miljøstyrelsens vejledning Planlægning af beredskab for vandforsyning og Beredskabsstyrelsens publikation Akutte drikkevandsforureninger – en praktisk guide, jf. Appendiks 2.

I disse sammenhænge bistår læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægerne) med rådgivning om håndtering af eksponerede og på anden måde berørte, ligesom en lægen kan rykke ud til skadestedet og rådgive indsatslederne.

## **Ledelse**

Kommunens normale ledelsesstruktur bør følges. Afhængigt af hændelsen kan kommunen nedsætte sin krisestyingsorganisation.

Redningsberedskabet vil være involveret i indsatsområdet, og beredskabschefen vil derfor have en central rolle. Der bør være et tæt samarbejde mellem beredskabschefen og ledelsen af sundhedsberedskabet.

## **Organisation**

Kommunens organisation bør være den samme ved større hændelser med kemiske stoffer som ved andre beredskabshændelser. Redningsberedskabet og sundhedsberedskabet bør samarbejde om at løse de opgaver, som hændelsen medfører.

Kommunen kan få ekspertrådgivning fra Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelsen, som kan yde telefonisk rådgivning og bistå direkte i indsatsområdet og fareområdet eventuelt sammen med et Hazmat-team. Giftlinjen på Bispebjerg Hospital kan yde telefonisk rådgivning. Styrelsen for Patientsikkerhed kan rådgive kommunen om sundhedsfaglige forholdsregler i relation til indsatsen.

## **Bemanding og materiel/udstyr**

Personale, som i dagligdagen tager hånd om kommunens institutioner for børn og ældre, samt for ældre med plejehov og handicappede i eget hjem, bør også varetage beredskabsopgaver i relation til disse, såfremt de er berørt af hændelsen.

## **Procedurer**

Kommunen bør have planlagt for:

- Evakuering af institutioner for børn og ældre
- Evakuering og genhusning af personer i eget hjem
- Håndtering af drikkevandforurening, både på institutioner og hos borgere
- Risiko-kommunikation til kommunens borgere.



## 1.13 Bilag 13 Håndtering af B-hændelser/smitsomme sygdomme

### Formål

Formålet med dette bilag er at vejlede regioner (sygehuse og præhospitalt) og kommuner i håndtering af hændelser med biologiske stoffer og smitsomme sygdomme.

Dele af bilaget kan med fordel indarbejdes i instrukser og action cards til håndtering af den operative indsats ved B-hændelser/smitsomme sygdomme.

### Målgruppe

Bilagets målgruppe er planlæggere af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner.

### Baggrund

Spektret af smitsomme sygdomme er bredt. De fleste sygdomme håndteres rutinemæssigt i sundhedsvæsenet. De smitsomme sygdomme, som rummer beredskabsaspekter, er især følgende:

- Alvorlige og farlige sygdomme, der kræver indgreb, hvis de blot optræder i et eller få tilfælde
- Sygdomme med stort epidemisk potentiale, og som kan have alvorlige konsekvenser, hvis personer med visse kroniske tilstande smittes fx influenza
- Sygdomme, som viser sig ved usædvanlige udbrud eller ophobninger
- Sygdomme, der spredes med terror-formål.

## 9.1 Nationalt

### Opgave

Sundhedsstyrelsen er den centrale, nationale myndighed for håndtering af smitsomme sygdomme. Sundhedsstyrelsen har ansvar for vejledning om og forebyggelse af smitsomme sygdomme. Sundhedsstyrelsen kan endvidere sikre national koordination af sundhedsberedskabet. Læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) er ansvarlige for kontakt- og smitteopsporing ved udbrud eller mistanke om udbrud af smitsomme sygdomme. Styrelsen for Patientsikkerhed skal også sikre iværksættelse af evt. forebyggende foranstaltninger som vaccination og forebyggende medicin.

Udbrud af alvorlig smitsom sygdom forventes hurtigt at blive opdaget af sundhedsmyndighederne i Danmark. Behandlende læger skal i henhold til bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme og epidemiloven telefonisk haste-anmelde sådanne tilfælde til læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) og skriftligt til Statens Serum Institut. Der vil således hurtigt kunne iværksættes modforanstaltninger.

Visse alvorlige sygdomme skal telefonanmeldes blot ved mistanke eller enkelttilfælde, ligesom ophobninger af visse smitsomme sygdomme også skal telefonanmeldes. Ophobninger af uforklarlig sygdom, som kan skyldes biologisk agens, skal ligeledes anmeldes. I forbindelse med anmeldelsen videreformidles alle relevante oplysninger om sygdom, klinik, laboratorieresultater mv. samtidig til relevant myndighed.

Risiko for fødevare- eller drikkevandsbåren smitsom sygdom skal tænkes ind i planlægning af sundhedsberedskabet. I disse tilfælde bliver flere personer typisk ramt samtidig eller over en kortere tidsperiode. Der er derfor tale om ophobning, som de behandlende læger skal anmelde til Styrelsen for Patientsikkerhed og Statens Serum Institut. Prøvetagning anbefales for at identificere agens.

## **Ledelse**

Ved større, farlige eller usædvanlige hændelser med smitsomme sygdomme varetager Sundhedsstyrelsen de overordnede udmeldinger og beslutning om tiltag. Sundhedsstyrelsen indhenter faglig ekspertbistand fra fx Statens Serum Institut.

## **Organisation**

Sundhedsstyrelsen har som sektoransvarlig myndighed for sundhedsberedskabet en døgnvagtordning og kan modtage anmeldelser af smitsom sygdom på alle tider af døgnet. Desuden modtager Sundhedsstyrelsen information om internationale varsler om smitsomme sygdomme via Statens Serum Institut.

Sundhedsstyrelsen kan aktivere Den Nationale Operative Stab (NOST), hvis en eller flere anmeldelser tyder på, at en alvorlig hændelse af national betydning er under udvikling. Hvis der tale om en mere lokal hændelse med smitsom sygdom, kan læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) indgå i de lokale beredskabsstabe.

Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut kan yde teknisk og faglig bistand ved udredning af sygdomsudbrud, herunder foretage epidemiologiske og mikrobiologiske undersøgelser.

## **Bemanding**

Sundhedsstyrelsens krisestab vil være bemanded med relevante medarbejdere fra Sundhedsstyrelsens faglige enheder. Sundhedsstyrelsen vil løbende indhente faglig ekspertrådgivning fra relevante sagkyndige i fx infektionsmedicin.

## **Procedurer**

Sundhedsstyrelsen vil løbende indhente og udfærdige relevant information og vejledning til sundhedsvæsenet i regioner og kommuner. Regionerne bliver kontaktet via AMK, som leder en eventuel indsats på regionens vegne. AMK formidler information til relevante enheder og afdelinger i regionens sundhedsvæsen, herunder til de praktiserende læger og vagtlæger. Kommunerne vil enten blive kontaktet via AMK eller direkte (skriftligt) fra de nationale sundhedsmyndigheder i en beredskabssituation.

Epidemikommissionen i regionen kan nedsættes via politidirektøren, som er formand for kommissionen. Læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) kan optræde på epidemikommissionens vegne i henhold til dens forretningsorden. Sundhedsstyrelsen vejleder i fornødent omfang epidemikommissionerne i regionerne.

## 9.2 Regionalt

### Opgave

#### AMK

AMK leder regionens operative indsats, er ansvarlig for at aktivere relevante samarbejdspartnere og koordinere indsatsen på tværs af regionen. AMK er således ansvarlig for at aktivere indsatsen og samarbejde med kommuner og politi, hvis regionen får behov for ekstraordinært at udskrive patienter fra sygehuse, oprette karantænefaciliteter eller varetage vaccinationsindsats.

#### Præhospitalt

På et skadested/gerningssted med spredning af biologiske stoffer vil der som udgangspunkt ikke være syge personer på grund af inkubationstiden (den tid, der går fra en person er blevet udsat for smitstof, til vedkommende bliver syg).

Den sundhedsmæssige indsats på et sådant skadested består primært i, at indsatsledelsen i samarbejde med det biologiske ekspertberedskab sikrer, at der ikke sker yderligere spredning af stoffet, at der foretages fornøden rensning af forurenede personer, samt at der tages relevante prøver fra personer og miljø. En vigtig opgave er desuden at give information til eksponerede personer på og omkring skadestedet/gerningsstedet. Det varetages af læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger).

#### Indrejsepunkter

Regionen skal kunne modtage alvorligt syge/smittede ved indrejsepunkter i regionen i samarbejde med læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) og regionens epidemikommission. Til planlægning for dette er der udarbejdet en Standard Operational Procedure (SOP) i forbindelse med implementering af WHO's internationale sundhedsregulativ. SOP'en tager højde for praktiske forhold ved modtagelse af syge/smittede ved indrejsepunkter og skal indarbejdes lokalt, herunder i sundhedsberedskabsplanen for regionen. SOP'en findes i bilagssamlingen til Sundhedsstyrelsens rapport "Det Internationale Sundhedsregulativ – krav til beredskab i havne og lufthavne" (IHR-rapporten) fra 2012. Styrelsen for Patientsikkerhed er lokal koordinator.

#### På sygehus

Regionens sygehuse skal kunne modtage syge og eventuelle tilskadekomne, herunder et større antal med smitsom sygdom. De infektionsmedicinske afdelinger har særligt ansvar for at modtage, behandle og pleje patienter med smitsomme sygdomme. Endvidere har den vagthavende infektionsmediciner en rådgivende funktion i forhold til AMK. Regionen skal desuden sikre, at patienter med smitsom sygdom kan transporteres til behandling på sygehus, hvis det er nødvendigt.

Endvidere skal regionen kunne iværksætte ad hoc isolation af patienter med smitsomme sygdomme på udpegede afsnit/afdelinger, såfremt antallet af patienter med isolationskrævende smitsom sygdom overstiger isolationskapaciteten på de infektionsmedicinske afdelinger.

## Praktiserende læger

Praktiserende læger er ofte de første, som tilser patienter med smitsom sygdom, og de varetager den videre behandlingsopgave, hvis patienten ikke behøver indlæggelse.

## **Ledelse**

Regionens krisestyringsorganisation varetager den strategiske ledelse af beredskabshændelser. AMK leder det operative sundhedsberedskab og kan aktivere hele regionens sundhedsberedskab, hvis hændelsen tilsiger det.

## **Organisation**

Regionens operative indsats mod smitsomme sygdomme gennemføres under AMK's ledelse og med fagspecialister som rådgivere fx den vagthavende infektionsmediciner og vagthavende mikrobiolog. AMK modtager vejledning om forholdsregler mv. fra Sundhedsstyrelsen og videreformidler det til relevante aktører i regionen.

Behandling under indlæggelse sker på sygehus på infektionsmedicinsk afdeling eller anden afdeling, afhængigt af situationen. Behandling af patienter, der kan opholde sig i eget hjem, sker via praktiserende læge/vagtlæge og optimalt i patientens hjem. Der er nedsat en epidemikommission i hver region, som består af en politidirektør (formand), en læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæge), en dyrlæge (Fødevarerregionen), en repræsentant for den lokale told- og skatteforvaltning, en repræsentant fra det regionale sygehusberedskab, en repræsentant fra Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter samt tre regionsrådsmedlemmer.

Epidemikommissionerne har i henhold til epidemiloven regionalt ansvar for at hindre indførelse og spredning af smitsomme sygdomme i Danmark. Det drejer sig særligt om de alvorlige og farlige smitsomme sygdomme, der er anført i bilag til epidemiloven.

Epidemikommissionen kan blandt andet påbyde en række tvangsforanstaltninger (undersøgelse, isolation og tvangsmæssig indlæggelse på sygehus mv.) for at undgå udbredelse af smitte. Dette gælder også for udenlandske statsborgere, der ankommer til Danmark via danske havne eller lufthavne. Videre kan epidemikommissionen få afspærret områder, forbyde offentlige arrangementer mv.

## **Bemanding og udstyr**

Der kan blive behov for at indkalde ekstra personale ved håndtering af udbrud af smitsom sygdom.

Der kan være behov for at udpege grupper blandt personalet til at håndtere patienter med smitsom sygdom. Det kan dels sikre ekspertise i håndtering, behandling og pleje, dels kan det beskytte sårbare grupper i personalet. Personalet skal have kendskab til smitsomme sygdomme, herunder smittekilder, smitteveje, afbrydelse af smitteveje og være fortroligt med brug af beskyttelsesudstyr.

Beskyttelsesudstyr til sundhedspersonalet er vigtigt og bør benyttes både præhospitalt, på sygehus og i lægepraksis.

Er det uafklaret, hvilken mikroorganisme der er (sandsynlig) årsag, og hvilke smitteveje der er aktuelle, anvendes det højeste niveau af beskyttelse i forhold til personale og medpatienter.

Følgende beskyttelsesudstyr kan anvendes:

#### Præhospitalt og i lægepraksis

Her anvendes væskeafvisende langærmet overtrækskittel eller overtræksdragt med hue eller hætte, skoovertræk, engangshandsker, kirurgisk maske/FFP3-maske og ansigtsdækkende visir/beskyttelsesbriller.

Såfremt regionen i samarbejde med politiet vælger at transportere syge eller smittede med andre transportmidler end ambulancer fx busser, påhviler det regionen at sikre beskyttelsesudstyr og information om brug til chauffør og andet involveret personale.

#### På sygehuset

Efter hygiejneorganisationens anvisninger. I akutmodtagelsen/akutklinikken gerne samme beskyttelsesudstyr som det præhospitale personale.

### **Procedurer**

#### Patientforhold

Regionen bør tilstræbe, at patienter med en alvorlig/farlig, smitsom sygdom ikke møder op i venteværelset hos praktiserende læge eller i modtagelsen på sygehus, men så vidt muligt tilses i hjemmet. Det kan gøres dels ved hjælp af information til befolkningen, dels instrukser til vagtlæger og personale på AMK-vagtcentralen. Såfremt der er behov for indlæggelse, skal regionens ambulancer håndtere transporten, og patienter bør så vidt muligt transporteres direkte til infektionsmedicinsk afdeling og indlæggelse via terræn.

#### Visitation

Den første læge, som tilser patienten, foretager en kort undersøgelse. I den første usikre tid arbejder lægen efter det værst tænkelige scenarium, og risiko for sekundær spredning vurderes. Den akut behandlende læge beslutter det videre patientforløb.

Ved mistanke om ukontrolleret tilstedeværelse af farlige biologiske stoffer, skal Center for Biosikring og Bioberedskab straks underrettes.

Efter aftale med bagvagten på den lokale infektionsmedicinske afdeling bør inficerede patienter indlægges direkte på infektionsmedicinsk afdeling. Sygdomme som hæmorrhagisk feber, difteri, lungepest og miltbrand kræver ubetinget indlæggelse. Såfremt de infektionsmedicinske afdelingers kapacitet er overskredet, indlægges patienten i en ad hoc luftvejs- og kontaktsmitte-isolation under udnyttelse af regionens sygehuses eksisterende faciliteter.

#### Prøvetagning og analyse

Sundhedsstyrelsen udmelder eventuelle særlige forhold ved prøvetagning og analyse til regionerne.

Det bør indgå af sygehusets instrukser, at klinisk mikrobiologisk afdeling skal tage kontakt til læger ved Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) ved mistanke om terror eller usædvanlig biologisk agens.

Ved mistanke om ukontrolleret tilstedeværelse af farlige biologiske stoffer skal Center for Biosikring og Bioberedskab straks underrettes.

### **9.3 Kommunalt**

#### **Opgave**

Ved en beredskabshændelse med smitsom sygdom som fx influenzapandemi kan kommunens hjemmepleje og sundhedspleje blive involveret. Kommunens sundhedspleje håndterer situationen i forhold til børn og unge på skoler og institutioner. Kommunens ældrepleje skal pleje syge og smittede, der opholder sig i plejehjem eller eget hjem. Desuden kan kommunen efter aftale med regionen bistå med personale og faciliteter til eventuelle karantænelokaliteter og vaccinationscentre. Kommunerne skal også kunne håndtere et antal ekstraordinært udskrevne patienter.

Hvis der er tale om smitsom sygdom forårsaget af drikkevandsforurening med mikroorganismer, er kommunens forsynings- eller tekniske afdeling hovedaktør. Styrelsen for Patientsikkerhed inddrages med henblik på rådgivning. Håndtering af drikkevandsforurening sker efter Miljøstyrelsens vejledning Planlægning af beredskab for vandforsyningen og Beredskabsstyrelsens publikation Akutte drikkevandsforureninger – en praktisk guide, jf. Appendiks 2.

#### **Ledelse**

Kommunens krisestyringsorganisation bør nedsættes ved behov.

#### **Organisation**

Der bør være en veldefineret og døgnovervåget indgang til kommunen, så anmodninger, informationer og vejledning fra Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, AMK og andre kan leveres til kommunen med sikkerhed for, at indholdet straks videreformidles til relevante aktører i kommunen uanset tidspunkt. Det kan fx være via døgnhjemmeplejen eller vagthavende beredskabsleder.

Kommunens beredskab bør kunne aktiveres straks, også i relation til pludseligt udbrud af smitsom sygdom eller epidemi. Personalet bør have instrukser og action cards for udbrud af smitsomsygd.

Kommunens hjemmepleje bør samarbejde med praktiserende læger om tilsyn med syge og smittede, der opholder sig i eget hjem.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan rådgive kommunen om håndtering af smitsomme sygdomme.

#### **Bemanding**

Kommunen bør overveje, om personalet skal fortsætte med samme opgaver og i samme organisation, eller om der skal udpeges grupper i personalet til at håndtere de smitsomt syge borgere.

Der kan blive behov for at indkalde ekstra personale, herunder personale til at kunne varetage krisestøtte eller til at bistå regionen med vaccinationsindsats eller bemanning af karantænecenter.

### **Procedurer**

Personale, der håndterer smitsomme patienter, skal have kendskab til smitsomme sygdomme, herunder smitekilder, smitteveje, afbrydelse af smitteveje og være fortrolig med brug af beskyttelsesudstyr.

Som beskyttelsesforanstaltning gælder først og fremmest anbefaling om brug af arbejdsuniform og god håndhygiejne. Personale, som kommer i direkte kontakt (dvs. udfører egentlige plejeopgaver) med patienten, anbefales typisk at anvende særligt beskyttelsesudstyr, afhængigt af sygdom og smittevej. Konkret rådgivning om beskyttelsesudstyr kan altid indhentes hos Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægen) og vil i særlige tilfælde blive meldt ud af Sundhedsstyrelsen.

Hvilket udstyr, der anvendes i hvilke situationer, bør afklares på forhånd.

## 1.14 Bilag 14 Håndtering af R/N-hændelser

### Formål

Formålet med dette bilag er at vejlede regioner (sygehuse og præhospitalt) i håndtering af hændelser med R/N-stoffer. Regionen kan med fordel indarbejde dele af bilaget i konkrete instrukser og action cards til håndtering af en operativ indsats.

Regioner vil i en konkret situation modtage information fra Sundhedsstyrelsen.

### Målgruppe

Bilagets målgruppe er planlæggere af sundhedsberedskabet i regioner. Bilaget er alene målrettet regioner, fordi håndtering af patienter efter R/N-hændelser ikke involverer kommuner. Kommunerne skal dog, som ved andre hændelser, kunne aktivere sit krisestøttende beredskab.

### 10.1 Regionalt

#### Opgave

##### Præhospitalt

Det præhospitale personale skal foretage fornøden, livreddende behandling af tilskadekomne/forgiftede. Hvis patienten er forurennet, bør behandling først foretages efter, at patienten er rensset ved redningsberedskabets foranstaltning. Fornøden, livreddende, akut behandling og transport kan dog gå forud for rensning. Eksempelvis ved livstruende blødning, respirationshindring, der kræver intubation, intravenøs væskeindgift og smertestillende behandling som del af stabilisering af patienten forud for transport eller behandling.

Se evt. figur 4: Flow-diagram for håndtering af forurenede på skadested for beskrivelse af rensning.

##### På sygehus

Hvis sygehuset modtager muligt stråleskadede personer, skal sygehuspersonalet:

- Yde akut hjælp – om nødvendigt forud for rensning
- Rense, hvis der er radioaktiv forurening
- Undersøge, om der er risiko for det behandlende sundhedspersonale
- Visitere den skadede til rette behandling på rette afdeling
- Opsamle/isolere muligt kontamineret udstyr, tøj mv.
- Informere relevante myndigheder via AMK.

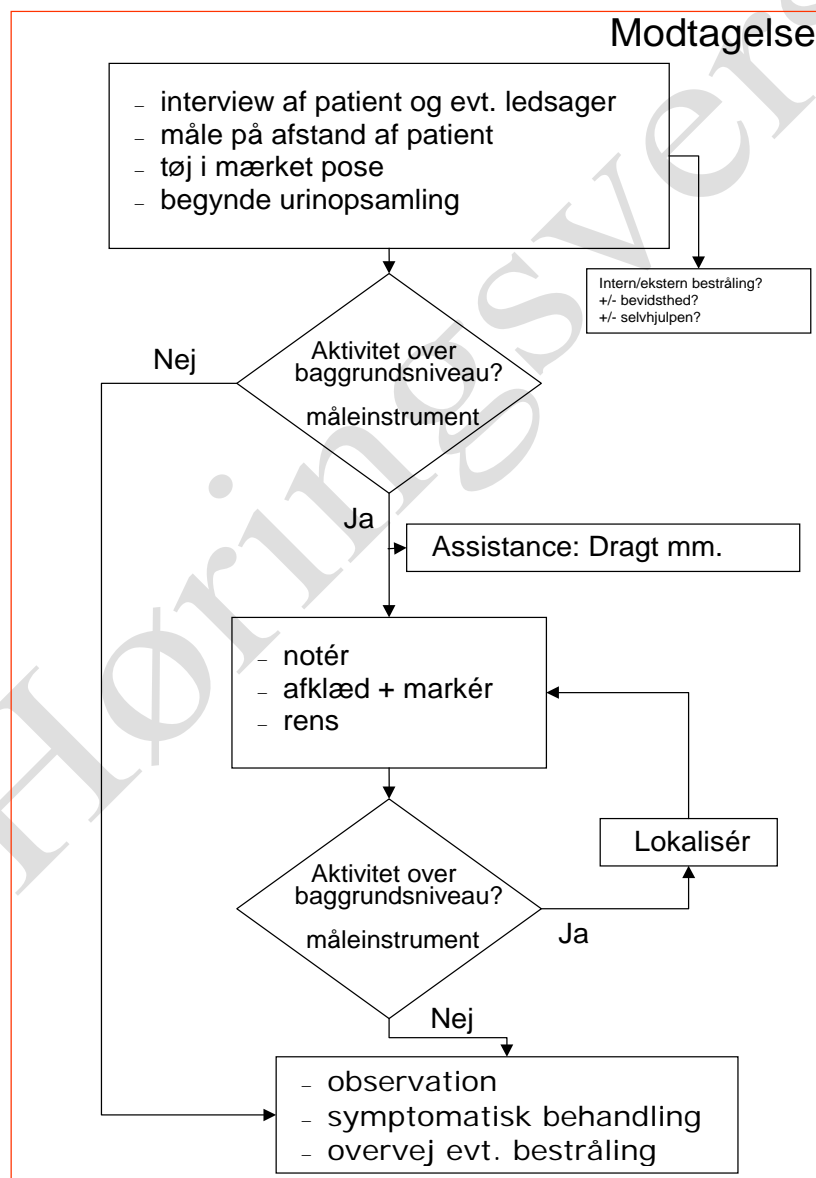
Der skal sondres mellem eksternt bestrålede personer og radioaktivt forurenede, da det har stor betydning for pleje- og behandlingspersonalet.

1. Ekstern bestråling. Den tilskadekomne har været udsat for ioniserende stråling fra en intakt radioaktiv kilde uden for kroppen. Det medfører, at:
  - a. Den tilskadekomne er ikke radioaktiv
  - b. Der er ingen risiko for personalet



- c. Personalet skal ikke beskyttes
  - d. Der skal ikke måles for radioaktivitet
2. Radioaktiv forurening (kontaminering). Den tilskadekomne har været i kontakt med radioaktive stoffer i luftform, opløsning, støv eller lignende. Der kan være radioaktivitet på tøj, i hår, på hud og optaget gennem mund, næse og sår. Det medfører, at:
- a. Radioaktiviteten kan spredes
  - b. Personalet kan bestråles
  - c. Personalet skal beskyttes blandt andet med tilstrækkeligt beskyttelsesudstyr
  - d. Patienten skal måles for radioaktivitet
  - e. Tøj mv. skal opsamles/isoleres (som ved kemisk forurening)
  - f. Patienten skal evt. have taget prøver fx urin og blod.

Figur 5: Modtagelse af R/N-forurenet person på sygehus



## Ledelse

Ledelsen ved en R/N-hændelse er den samme ved andre beredskabshændelser. Det gælder både for indsatsledelsen præhospitalt og for AMK, som operativt leder regionens indsats ved alle beredskabshændelser.

## Organisation

Organisering af regionens præhospitale beredskab er den samme ved R/N-hændelser som ved andre beredskabshændelser. Regionen kan indhente ekspertrådgivning fra Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS), som dels kan yde telefonisk rådgivning og dels bistå direkte i indsatsområdet. Derudover kan Beredskabsstyrelsens to Hazmat-teams (placeret på styrelsens beredskabscentre i Herning og Næstved) måle for radioaktivitet og kan færdes i et evt. fareområde.

Regionen bør på forhånd have planlagt for, hvilke sygehuse der kan modtage stråleskadede og radioaktivt forurenede patienter. På disse sygehuse etableres modtagefaciliteter for radioaktivt forurenede personer. Rensningen af en radioaktivt forurenede person kontrolleres ved hjælp af passende måleudstyr.

AMK sikrer visitation af den skadede patient til rette behandling på rette afdeling. Der kan være behov for, at AMK har nuklearmedicinske speciallæger tilknyttet under indsatsen.

## Bemanning og udstyr

### Præhospitalt

Regionens bemanning præhospitalt er den samme som ved andre beredskabshændelser. Almindeligvis håndteres forurenede patienter ikke af sundhedspersonale, før rensning er gennemført. Fornøden akut og livreddende behandling kan dog gå forud for rensning. Regionen kan dertil vælge at have personligt beskyttelsesudstyr i ambulancer, akutlægebiler, akutbiler mv.

Såfremt regionen vurderer, at det præhospitale personale skal iføres personligt beskyttelsesudstyr i indsatsområdet, kan det bestå af (samme komponenter som ved C-hændelser):

- Helderdragt med hætte
- Gasmaske med filter (eller støvmaske)
- Handsker
- Gummistøvler.

Dette udstyr er almindeligvis tilstrækkelig beskyttelse til at behandle patienter i fareområdet med mindre, der er samtidige kemiske risici, der tilsiger noget andet.

Det skal understreges, at mængderne af anvendte radioaktive stoffer på danske virksomheder er så begrænsede, at risikoen for, at indsatspersonale kan modtage væsentlige stråledoser ved R-hændelser, er yderst ringe. Indsatsen vil derfor helt overvejende kunne gennemføres i normal indsatsbeklædning – ved brand tillige med fuld åndedrætsbeskyttelse.

Såfremt regionen finder, at det præhospitale personale skal anvende de nævnte beskyttelsesudstyr, er det vigtigt, at personalet uddannes heri, og at træningen løbende vedligeholdes.

Nedenfor er der listet eksempler på personlige beskyttelsesmidler ved C-hændelser med forurening, som kan anvendes ved R/N-hændelser. Listen er ikke udtømmende. I alle situationer skal der tages kontakt til den relevante ekspertfunktion. Eksempler:

Heldragt: Kan være en ”stænkstæt overtræksdragt” af plast eller gummi (mindst type 4 efter europæisk standard EN 14605). Dragten bør lukkes med kraftig tape omkring håndled og ankler, ligesom overgangen mellem gasmaske og dragt (halsen) kan tapes. Der anvendes i dag ofte laminerede engangsdragter, der er nemme at få på og arbejde i, og som yder den nødvendige beskyttelse.

Gasmaske: Kan være af typen helmaske og være forsynet med et kombineret gas- og partikelfilter af typen A2B2E2K2-P3. Denne type yder kortvarig beskyttelse (timer) mod kemiske stoffer.

Støvmaske: En tætsiddende støvmaske (P2 eller P3) kan yde kortvarig beskyttelse ved håndtering af enkeltstående hændelser med ringe mængder løstsiddende forurening.

Handsker og gummistøvler: Der er ingen gældende standarder på dette område. Der anbefales en ”almindelig gummistøvle” og et par handsker af kraftigere kvalitet end engangshandsker. Handskerne bør dog ikke være kraftigere, end at det stadig er muligt at udføre kliniske procedurer fx nitrilhandsker.

### På sygehus

Sygehuse, der skal kunne modtage radioaktivt forurenede patienter, skal råde over en overflademonitor med alfa- og betaprobe samt en dosishastighedsmåler. På større sygehuse kan dette udstyr med fordel anskaffes via klinisk fysiologiske/nuklear-medicinske afdelinger eller de onkologiske centre, der i det daglige arbejde rutinemæssigt benytter denne type måleudstyr.

Sygehuset skal råde over det samme personlige beskyttelsesudstyr, som er nævnt under afsnittet Præhospitalt.

Sygehuset bør have enkle instrukser for brug af måleudstyr og det personlige beskyttelsesudstyr evt. i form af fotos.

Der bør være en plan for løbende kontrol og kalibrering af alt udstyr, inklusiv kontrol af udløbsdatoer mv. Derudover bør sygehuse have en oversigt om andre sygehuse, der benytter samme type personligt beskyttelsesudstyr, så der i akutte mangelsituationer kan rekvireres herfra. Der bør ligeledes indgås aftaler med nabo-sygehuse om mulighed for supplerende udstyr. Specielt bør sygehuse, der ikke råder over måleudstyr, have beskrevet i beredskabsplaner, hvorfra og hvordan måleudstyr fremskaffes. Det bør desuden sikres, at der er glas mv. til opsamling af urin, blodprøver, hår og lignende.

### **Procedurer**

På sygehuse, der ikke kan modtage stråleskadede og radioaktivt forurenede patienter, bør der findes en procedure for henvisning til sygehuse med de fornødne faciliteter.

På sygehuse, der kan modtage stråleskadede og radioaktivt forurenede patienter, bør der være instrukser for:

- rensning af forurenede personer
- brug af personligt beskyttelsesudstyr

- målinger af radioaktivitet, herunder data-ark til optegnelser
- opbevaring og mærkning af tilskadekomnes tøj og andre genstande
- information af politiet og andre relevante myndigheder.

### Behandlingsfaciliteter

Ved modtagelse af tilskadekomne efter en R/N-hændelse på sygehuse bør der være:

- Sluse med tilkørselsforhold for ambulance på afstand af den almindelige indgang til sygehuset. Der bør være mulighed for afskærmning og opvarmning
- Mulighed for parkering af evt. kontamineret ambulance
- Adgang til personligt beskyttelsesudstyr for personalet
- Ligposer til stråleofre.

Hvis patienten har en samtidig medicinsk eller kirurgisk skade, skal denne behandles først. Herefter udføres kontrolmåling med henblik på vurdering af skadetype.

### Skadetyper

- Ikke målbart kontamineret
  - a. Bestrålet
- Målbart kontamineret
  - b. Internt kontamineret
  - c. Internt + eksternt kontamineret
  - d. Eksternt kontamineret.

Hvis personalet ikke kan måle radioaktivitet på patienten, kan rensning undlades, og patienten behandles indtil videre som bestrålet. Hvis der registreres radioaktivitet på patienten, fjernes beklædning, og områder med maksimal radioaktivitet optegnes, såvel forfra som bagfra med angivelse af måleenhed på de tilhørende måleskemaer. Herefter renses patienten.

Hvis radioaktiviteten reduceres ved rensning, kan rensningen gentages, med fokus på områder med højest restaktivitet. Hvis aktivitetsfordelingen er uforandret efter rensning, behandles patienten som internt kontamineret.

### Forslag til action card for håndtering af R/N-forurenede patient

1. Kontakt Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelses (SIS) telefoniske døgnvagt
2. Mål og notér baggrund med måleinstrument. Resultater indføres i måleskema
3. Udspørg patient og evt. ledsagere om hændelsesforløbet
4. Foretag urinopsamling ved vandladning. Mærk flaske med CPR-nummer, dato, tidspunkt og initialer
5. Mål dosishastighed med måleinstrument i én meters afstand fra patienten. Resultater indføres i måleskema
  - a. Hvis dosishastighed er over baggrundstællehastigheden: Rens patienten med bruser. Der udføres kontrolmåling af dosishastighed
  - b. Dosishastighed som baggrund: Fortsæt med at lokalisere evt. kontamination. Indtegn tællehastighed over målested på figur i måleskema

- c. Rens, hvis tællehastigheden er over to gange baggrundstællehastigheden. Kontrollér tællehastighed
6. Hvis gentagen rensning ikke reducerer tællehastigheden, behandles patienten som internt kontamineret
7. Udfyld rapportskema.

Bemærk at håret typisk kan være særligt kontamineret. Undgå at evt. aktivitet kommer i øjne eller mund.

Sideløbende søges radioaktiviteten identificeret, såvel fra urinprøve og målinger fra patienten.

#### Eksempler på kilder til kontamination

Uheld ved arbejde med og transport af radioaktive stoffer fx ved:

- Arbejde/transport med åbne (væske, gas) radioaktive kilder der typisk anvendes i nuklearmedicin, forskning med radioaktive sporstoffer eller til lækagesporing i rørsystemer
- Udslip fra cyklotroner under produktion af nuklearmedicinske stoffer til diagnostik eller behandling
- Brand i anlæg med lukkede eller åbne kilder, med frigivelse og spredning af radioaktive stoffer til følge
- Forurening fra reaktoruheld, indledningsvist fra luftbåret forurening.

#### Eksempler på intern kontamination

Indånding af forurenede luft, indtag af forurenede fødevarer eller indtag af løstsiddende radioaktivt materiale via hænder eller sår.

Samarbejde med politiet vedrørende registrering af tilskadekomne skal sikres.

## **10.2 Nationalt**

Såfremt en radiologisk eller nuklear hændelse er meget omfattende, fx hvis den involverer mere end én region, er landsdækkende eller udløst af terror, bliver Den Nationale Operative Stab aktiveret, herunder ved behov den Nukleare Beredskabsplan. Sundhedsstyrelsen, herunder Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS), vil være repræsenteret i NOST blandt for at rådgive regioner og kommuner i nødvendigt omfang.

## **10.3 Diverse supplerende materiale til brug i regionerne**

Figur 3: Eksempel på modtagefaciliteter til forurenede patienter

Figur 6: Eksempel på skabelon for aktivering af R/N-beredskabet

Figur 7: Eksempel på måleskema for stråleskadede

Figur 8: Eksempel på måleskema vedr. R/N-beredskab

Figur 9: Eksempel på rapportskema vedr. R/N-beredskab

**Figur 6: Eksempel på skabelon for aktivering af R/N-beredskabet**

**Aktivering af R/N-beredskabet på Y Sygehus**

**RADIOAKTIVITET?**

Kontakt Klinisk Fysiologisk Nuklearmedicinsk Afdeling (KFNA)

Hverdage (kl. 08-15.30) på telefonnummer: \_\_\_\_\_

Udenfor KFNA's åbningstid på telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kontakt døgnberedskabet på:

Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS), telefonnummer:

Ring til en af nedenstående på følgende telefonnumre:

Læge NN?

Bioanalytiker NN?

Ingeniør NN?

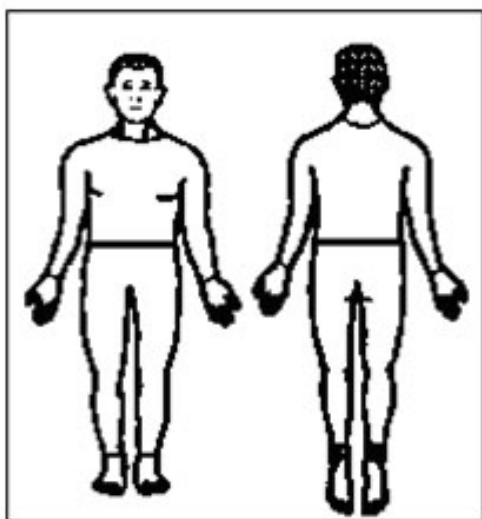
Bioanalytiker NN?

**Figur 7: Eksempel på måleskema for stråleskadet person**

Lokaliseringsmåling 1

Aflæsning:

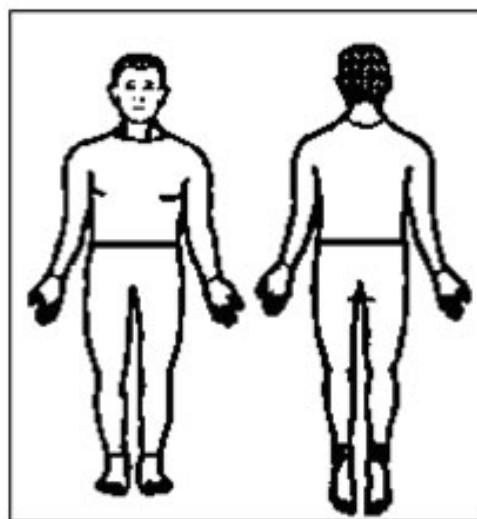
Måletidspunkt:



Lokaliseringsmåling 2

Aflæsning:

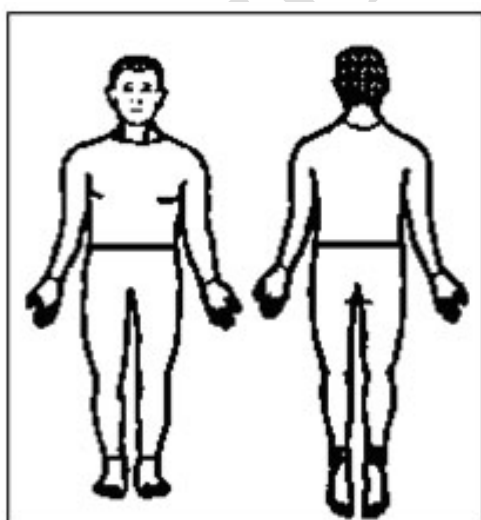
Måletidspunkt:



Lokaliseringsmåling 3

Aflæsning:

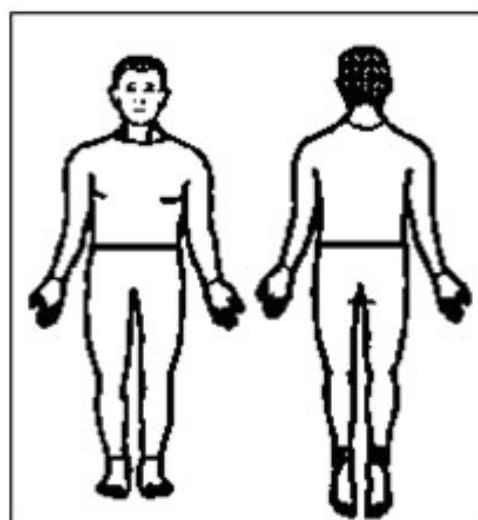
Måletidspunkt:



Lokaliseringsmåling 4

Aflæsning:

Måletidspunkt:



Notater:

**Figur 8: Eksempel på måleskema vedr. R/N-beredskab**

Dato og tidspunkt:	
--------------------	--

Pt. navn:	
Pt. cpr.nr.:	-

Skema udfyldt af:	Navn:	Persondosimeter s.n.:
Øvrige involv. Klinisk Fysiologisk Nuklearmedicinsk Afdeling (KFNA)	Navn:	Persondosimeter s.n.
	Navn:	Persondosimeter s.n.
	Navn:	Persondosimeter s.n.
	Navn:	Persondosimeter s.n.
	Navn:	Persondosimeter s.n.

Baggrundsmåling:

Enhed

Anvendt måleinstrument		$\mu\text{Sv/h}$
Anvendt måleinstrument		cps

Check

Urinopsamling udført mærket med cpr.nr. data, tidspunkt og us. pers. initialer

Måling 1 meter fra pt.

Enhed

1. måleinstrument		$\mu\text{Sv/h}$	Måletidspunkt
2. måleinstrument		$\mu\text{Sv/h}$	Måletidspunkt
3. måleinstrument		$\mu\text{Sv/h}$	Måletidspunkt

Øvrige involverede		Antal
	Falck	
	Portører	
	Læger	



Politi	
Pårørende	

Notater:

Høringsversion

**Figur 9: Eksempel på rapportskema vedr. R/N-beredskab**

Dato og tidspunkt:			
Pt. navn:		Pt. cpr.	-

Patienten eller ledsageres oplysninger:

Involverede fra sygehus	Involverede 'udefra'
-------------------------	----------------------

Måleresultater urinprøve:

Beskrivelse og konklusion:

Orienterede parter	Check
SIS (tlf.)	
AMK (tlf.)	
Direktion (tlf.)	

Høringsversion

## 1.15 Bilag 15 Håndtering af CBRNE-forurenede lig

### Formål

Bilaget beskriver retningslinjer for håndtering af forurenede lig, herunder:

- Lovgrundlag, ansvarsfordeling, ledelse mv.
- Generelle anbefalinger for håndtering af forurenede lig på gernings- eller skadested samt transport, obduktion, begravelse/kremering mv.

Formålet med retningslinjerne er bl.a. at forebygge sekundær forurening, hvor personer eller omgivelser også forurenes ved håndtering af forurenede lig efter en beredskabshændelse. Dele af bilaget kan med fordel integreres i instrukser og action cards for håndtering af CBRNE-forurenede lig i regionerne.

Bilaget er baggrundsinformation til regioners sundhedsberedskabsplan.

### Baggrund

Forurening af lig kan ske ved tilsigtede (terror eller selvmord) eller utilsigtede (ulykker) hændelser.

Forurening kan inddeles i ydre og indre, hvor ydre forurening er uden på kroppen, mens indre er inde i kroppen. Forurening kan ske med væsker, aerosoler, gas og/eller fast stof.

Ved håndtering af forurenede lig skal det hurtigst muligt afklares, hvilken type hændelse, der er tale om (C, B, R/N eller E-hændelse). Afhængig af typen kan perioden fra eksponering for agens/stof til evt. død variere fra sekunder/minutter til dage.

### Målgruppe

Målgruppen for bilaget er planlæggere af sundhedsberedskabet i regionerne.

### Lov- og regelgrundlaget

I sundhedslovens §§ 176 til 192 beskrives ligsynsbestemmelserne, herunder om dødens konstatering, dødsattester, retslægeligt ligsyn, rets- og lægevidenskabelige obduktioner, omsorg for lig mv.

Af bekendtgørelse om behandling af lig fremgår reglerne for transport af lig, behandling af smittefarlige lig mm. Vejledning om ligsyn, indberetning af dødsfald til politi og dødsattester mv. præciserer lovens bestemmelser om ligsyn mv. Ekspertberedskabernes virksomhed er forankret i forskellige bekendtgørelser og operationaliseret i blandt andet Retningslinjer for Indsatsledelse, 2013 og Retningslinjer for indsats ved CBRNE-hændelser, 2016.

### Førsteindsatsen

Det er essentielt for håndteringen, at man erkender, der er sket en CBRNE-hændelse. Når hændelsen er identificeret, afbrydes eksponeringskilden straks, hvis det er muligt. Herefter håndteres hændelsen efter indsatsledelsens anvisninger.

Såfremt døden ikke er åbenbar, og det ikke er muligt at flytte liget ud af fareområdet, kan sundhedsfagligt personale (læger) i helt ekstraordinære situationer efter anmodning fra indsatsledelsen indsættes i fareområ-

det. Det sker kun, hvis indsatsleder redningsberedskab (ISL RB) skønner det forsvarligt på baggrund af konkret sikkerhedsvurdering. Det er samtidig en forudsætning, at personalet har adgang til det rette personlige beskyttelsesudstyr, og at personalet har erfaring med at brug det. Endelig skal der kunne foretages rensning af personale, når vedkommende kommer ud fra fareområdet, og at indsætte af sundhedsfagligt personale sker under ledsagelse af redningspersonel.

Niveauet for beskyttelsesudstyr bestemmes af indsatsledelsen i samarbejde med relevant ekspertberedskab.

Hvis der er risiko for sekundær forurening i forbindelse med dødskonstatering og ligsyn, skal der bruges relevant beskyttelsesudstyr.

### **Skade- eller gerningssted**

På skade- eller gerningsstedet koordinerer indsatsledelsen den konkrete håndtering med Rigspolitiets Nationale Kriminaltekniske Center (NKC), relevant ekspertberedskab og øvrige efterforskere. Der gennemføres findestedsundersøgelse, herunder evt. udfindelse, registrering og sikring af lig og ligdele, sporsikring og identifikation af de døde. For at sikre optimal sporsikring, bør ligene ikke flyttes på dette tidspunkt.

Niveauet for beskyttelsesudstyr bestemmes af indsatsledelsen i samarbejde med relevant ekspertberedskab.

### **Ansvar for liget**

Indtil døden er konstateret, hører personen til det præhospitale beredskab, idet vedkommende kan være i live og kan have et behandlingsbehov. Når en læge har konstateret, at vedkommende er død, vil den videre håndtering overgå til retsmedicinerne/læger ved Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger) afhængigt af situationen. Afdøde på skades- eller gerningssted medfører altid retslægeligt ligsyn.

### **Vurdering af liget**

På skades- eller gerningssteder vurderes lig i flere etaper. Den første vurdering adskiller de døde fra de levende. Vurderingen foretages efter sundhedslovens ligsynsbestemmelser.

Vurderingen bør foretages i samråd med efterforskningsledelsen, NKC, retsmedicinere og relevant ekspertberedskab, hvorunder forløbet for sporsikring og obduktion aftales.

Sekundært vurderes ligene ud fra 1) lig med efterforskningsmæssig interesse, hvor sporsikring er vital, 2) lig der skal identificeres, og 3) andre lig fx lig der omfattes af både nr. 1 og nr. 2.

Forurenede lig skal vurderes for behov for dekontaminering. Det gøres i samarbejde med det relevante ekspertberedskab.

Dødskonstaterede lig med efterforskningsmæssig interesse anbringes isoleret fra de øvrige. Alle lig håndteres så skånsomt som muligt og placeres i egnede ligposer. De dødskonstaterede lig flyttes til samlepladsen for døde efter aftale med indsatsledelsen, idet sporsikring ofte skal gennemføres. Opsamlingspladsen skal etableres under forsvarlige forhold.

Er dødens indtræden ikke åbenbar, skal den pågældende være under jævnlige tilsyn og må ikke føres til lighus, før en læge har iagttaget dødstejn jf. sundhedsloven § 183.

Indsatsleder Sundhed eller anden læge på skades- eller gerningsstedet skal sikre, at politiet er bekendt med alle dødsfald i forbindelse med indsatsen, jf. § 179 i sundhedsloven. Det sker blandt andet for at sikre, at der senere kan foretages retslægeligt ligsyn og eventuel retslægelig obduktion på alle døde.

### **Personligt beskyttelsesudstyr**

Det er vigtigt, at involveret personale undgår sekundær forurening fra lig. Ekspertberedskaberne skal altid konsulteres i forhold til det rette personlige beskyttelsesudstyr. Det anbefales, at man anvender samme type personligt beskyttelsesudstyr som ved personer i live. Niveaue besluttet af ekspertberedskaberne og Arbejdstilsynet.

Alt personligt beskyttelsesudstyr og engangsbeklædning, der har været benyttet ved håndtering af forurenede lig, skal destrueres ved forbrænding. Der bør foretages dekontaminering af personel og materiel inden afklædning for, at mindske risikoen for yderligere forurening mest muligt.

Alt genbrugsudstyr, såsom visirer og støvler, skal steriliseres ved autoklaving eller nedsænkning i anbefalet dekontamineringsvæske i minimum to timer afhængigt af hændelsen.

### **Rensning/dekontaminering af personale og døde**

Behov for rensning/dekontaminering af personale er afhængigt af situationen. Ved rensning af levende mennesker og afdøde benyttes almindeligvis vand og sæbe. Dekontaminering kan efter ekspertrådgivning benyttes i stedet for rensning. Særligt efter C, B og R-hændelser skal ekspertrådgivning indhentes, da der kan være forskelle i procedurer.

Rensning/dekontaminering af døde påbegyndes først, når sikre dødstejn er konstateret med mindre, der opstår tilfælde, hvor flytning ud af fareområdet kræves omgående. Procedure og logistik for rensning/dekontaminering aftales i forhold til antal omkomne og dødsårsag med inddragelse af relevant ekspertberedskab.

Rensning/dekontaminering bør ske i dertil indrettede faciliteter og bør ske på skades- eller gerningsstedet. Efter endt rensning/dekontaminering skal faciliteterne renses/dekontamineres.

I situationer, hvor lig kan have en efterforskningsmæssig interesse, bør der ikke renses/dekontamineres, før politiets efterforskning er afsluttet, herunder fotodokumentation, sikring af beklædning, personlige effekter mv. Det besluttet af indsatsledelsen.

Hvis et lig skal identificeres og/eller obduceres, skal det først renses eller dekontamineres. Før dette bør ligets beklædning fotodokumenteres, og beklædningen sikres i poser, der afmærkes og følger liget, så evt. senere undersøgelse af beklædningen efter rensning/dekontaminering er mulig.

Ved rensning/dekontaminering kan det være nødvendigt at fjerne alt tøj, sko, smykker, klippe hår/skæg for at undgå sekundær forurening/kontaminering.

## **Transport af kontaminede lig**

Forurenede/kontaminede lig bør være rensede på skades- eller gerningsstedet før de transporteres. Ved rensning/dekontaminering fjernes kun den ydre forurening, men ikke den indre eksempelvis i lunger, væv og vævsvæsker.

Ved transport af forurenede lig skal disse emballeres i gas- og væsketætte ligposer med henblik på sporsikring og forebyggelse af sekundær forurening. Alle lig skal transporteres så skånsomt som muligt. Lig med efterforskningsmæssig interesse skal transporteres således, at eventuelle spor ikke ødelægges, i egnede ligposer og ikke sammen med øvrige lig.

Transport af forurenede lig er normalt et anliggende mellem politi og regionens præhospitale beredskab. Der bør være aftaler mellem disse parter for transport af lig, herunder håndtering af et større antal lig.

## **Opbevaring**

De enkelte politikredse udpeger midlertidige steder til opbevaring af døde (1-24 timer). Hvis indsatsledelsen vurderer, at afdøde bør opbevares køligt, er det politiets opgave at stille køle-/frysehuse eller containere til rådighed.

Hvis liget er rensede/dekontamineret, håndteres opbevaringen efter gældende regler, dvs. behandles så skånsomt som muligt og anbringes under forsvarlige forhold. Hvis liget ikke er rensede/dekontamineret, bør der anvendes CBRN-godkendte ligposer (gas- og væsketætte) eller containere.

Ligene skal opbevares forsvarligt og et aflåst sted.

Såfremt der er mange omkomne, kan opbevaringskapaciteten udvides ved at inddrage kølelastbiler eller containere. Det anbefales at indgå konkrete aftaler med firmaer om dette. Derudover bør procedurer være koordineret med den ansvarlige myndighed, Rigspolitiet, som også eksplicit bør være nævnt i procedurer.

## **Obduktion**

Obduktion af lig i CBRNE-sammenhæng vil altid være en retslægelig obduktion. Det skyldes, at dødsårsagen aldrig vil være naturlig, men altid ulykke, selvmord eller drab.

Obduktion af et forurenede lig skal foregå i en facilitet, hvor arbejdstilsynets risikogruppe-klassifikation svarer til den gruppe stof/agens, som liget er mistænkt kontamineret med fx HEPA-filter ved afgangsluften mv. Kontaminede lig bør kun obduceres, hvis disse faciliteter er til stede, da obduktion ellers kan medføre potentiel risiko for det involverede personale.

Retslægelig obduktion foretages af de retsmedicinske institutter, der alle har døgnberedskab. Ingen af de tre retsmedicinske institutter i Danmark (København, Århus og Odense) har dog faciliteter til at håndtere CBRNE-forurenede lig. Der kan dog etableres retsmedicinske nødfaciliteter til håndtering af CBRNE-forurenede lig.

Retsmedicinske nødfaciliteter kan etableres i et telt med negativt tryk og HEPA-filterindsats på udgangsluften. Teltene kan blandt andet rekvireres fra det norske firma NORMECA, da Danmark ikke har den fornødne kapacitet på området.

Personale fra NKC og evt. en repræsentant fra den lokale politikreds kan bistå obduktionen. Det relevante ekspertberedskab bør også bistå i forhold til personligt beskyttelsesudstyr og mulige risici forbundet med obduktionen, herunder forurening/kontaminering af indre organer/systemer.

### **Ligbrænding (kremering) eller jordfæstelse (begravelse)**

Der kan være udfordringer forbundet med ligbrænding eller jordfæstelse af tidligere forurenede lig. Derfor skal det relevante ekspertberedskab vurdere, hvordan liget skal håndteres. Vurderingen skal foretages i samarbejde med politiet.

Hvis det er en unødigt risiko at transportere forurenede lig, kan man overveje at konvertere forbrændingsanstalter til ligbrænding eller anvende særlige gravpladser, jf. lov om begravelse og ligbrænding (Kirkeministeriet). Der er ikke reserveret arealer til eventuelle nødbegravelsespladser i Danmark.

Jordfæstelse eller ligbrænding skal normalt ske senest otte dage efter dødsfaldet (dødsdagen medregnet). Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæge) kan forlænge fristen, hvis forholdene taler for det fx ved behov for ekstra tid til de retslægelige eller politimæssige forhold.

### **Transport af lig til udlandet**

Hvis et lig skal transporteres til udlandet, kræves et ligpas, herunder ved transport til Grønland og til/fra Bornholm via Sverige. Der kræves ikke ligpas ved transport af aske til/fra udlandet.

Det anbefales, at liget renses/dekontamineres, inden det lægges i kisten. Gas- og væsketætte ligposer kan benyttes til forurenede lig.



Bilag 16-18 er specifik rådgivning i forhold til relevante instrukser eller delplaner til sundhedsberedskabsplaner.

## 1.16 Bilag 16 Ekstraordinær udskrivning af patienter fra sygehus til kommunal pleje

### Formål

Dette bilag skal inspirere til udarbejdelse af instruks for håndtering af en situation med ekstraordinær udskrivning af patienter fra sygehuse til kommunal pleje.

Behovet for ekstraordinær udskrivning kan opstå ved manglende eller nært forestående mangel på sygehuskapacitet i forbindelse med en beredskabshændelse fx et eller flere større skadesteder eller forsyningsvigt på et sygehus med evakuering til følge.

### Ledelse

AMK-vagtcentralen har ansvar for alarmering af relevante kommuner i regionen med information om eventuelt behov for at udskrive patienter ekstraordinært fra sygehusene. AMK-vagtcentralen bør også koordinere opgaven på tværs af regionen.

Sygehusets kriseledelse og ledelsen af relevante afdelinger vurderer, hvilke patienter der kan udskrives.

Sygehusets kriseledelse og relevant ledelse i konkrete kommune er ansvarlige for koordinering om udskrivelse af den enkelte patient.

### Organisation

Af regioner og kommuners sundhedsberedskabsplaner bør det fremgå, at der er indgået gerne skriftlige aftaler om den konkrete håndtering af patienter ved ekstraordinær udskrivning, herunder aktivering, udskrivning, transport, modtagelse og behandling.

Kommunen bør planlægge for at kunne modtage op til 20 pct. af dens aktuelt indlagte borgere.

### Bemanding og materiel/udstyr

Af regioner og kommuners sundhedsberedskabsplaner bør det fremgå, at der er indgået gerne skriftlige aftaler om at:

- medgive medicin til patienter (fx at sygehusene medgiver medicin til en periode på 48 timer)
- videresende/videregive patientens journalmateriale
- medgive midlertidige hjælpemidler.

Kommunerne bør planlægge for lægeligt tilsyn. Til dette kan der indgås aftaler med praktiserende læger i forhold til behandling og tilsyn af ekstraordinært udskrevne patienter.

### Procedurer/foranstaltninger

Sygehusafdelingerne registrerer de patienter, som kan udskrives før tid, med navn, adresse og CPR-nummer. Patienterne inddeles i tre grupper afhængigt af behandlings- og plejebehov:

- Udskrives til eget hjem uden hjemmepleje (med eller uden lægemidler og/eller medicinsk udstyr)
- Udskrives til eget hjem med hjemmepleje
- Udskrives til plejecenter/institution.

Sygehuse kan blive nødsaget til at udskyde planlagte, ikke akutte operationer.

Høringsversion

## 1.17 Bilag 17 Input til evakueringsplan for sygehuse

### Formål

Regioner er ansvarlige for at sikre, at der udarbejdes evakueringsplaner for egne sygehuse.

Denne skabelon kan hjælpe sygehuse til at udarbejde en evakueringsplan med beskrivelse af, hvem der ansvarlig for at træffe beslutning om evakuering, og hvordan den tænkes udført.

### Hvornår skal sygehuset evakueres?

Evakuering af et sygehus kommer på tale, hvis der opstår en hændelse på eller udenfor sygehusets matrikel, så sygehuset ikke forsvarligt kan fortsætte med at varetage sine opgaver. Det kan fx være hændelser som massivt forsyningssvigt, skader på bygninger mv.

Evakuering kan gennemføres som en delvis eller fuld evakuering afhængigt af omfanget af hændelsen. Derudover kan evakuering planlægges som en akut eller ikke-akut indsats.

#### Akut evakuering kan ske ved:

- Voldsom brand
- Eksplosion
- Bombetrusler
- Andre begivenheder med betydelige skader på bygninger, inventar mv.

Ved sådanne hændelser, bliver sygehuset et skadested, og beslutninger om indsats og evt. evakuering træffes af den samlede indsatsledelse: Indsatsleder Redningsberedskab, Indsatsleder Politi og Indsatsleder Sundhed/Koordinerende læge.

Sygehusets kriseledelse vil være aktiveret og står til rådighed for indsatsledelsen.

#### Ikke-akut evakuering kan ske ved:

- Strømsvigt
- Vandforurening
- Vandskade
- Vandsvigt
- Varmesvigt
- Ventilationssvigt.

Ved ikke-akut evakuering har man mere tid til at planlægge den konkrete indsats. Eksterne samarbejdsparter kan involveres efter behov.

### Organisering

Der bør foreligge alarmeringslister og instrukser for det personale, som skal indgå i evakueringen.

### Hvem træffer beslutning om evakuering?

Den konkrete hændelse afgør, hvem der træffer beslutning om evakuering.

### Akut evakuering

Indsatsledelsen træffer beslutning om evakuering af sygehus, hvis der er tale om en akut hændelse.

Indsatsledelsen tager samtidig i samråd med regionens AMK-vagtcentral stilling til, hvordan evakuering skal foregå, og hvortil de evakuerede skal bringes.

### Ikke-akut evakuering

Sygehusets kriseledelse træffer beslutning om evakuering, hvis hændelsen ikke udgør en akut sikkerhedsrisiko for indlagte patienter og ansatte.

Sygehusets kriseledelse bør også tage stilling til, hvem der skal evakueres, hvortil de skal evakueres, og hvordan beslutningen træffes (se afsnit 4). Regionens AMK-vagtcentral orienteres om beslutningen.

### Overvejelser før beslutning om evakuering

Inden evakuering bør følgende overvejes:

- Hvor lang tid kan der bruges på en evakuering? Skal det være ”drop alt og gå”-evakuering, eller er der tid til at planlægge indsatsen?
- Kan evakuering undgås ved afhjælpende og beskyttende foranstaltninger?
- Kan beslutningen udskydes og revurderes på et senere tidspunkt, alt imens evakuering forberedes?
- Skal det være en delvis eller en total evakuering?
- Kan sygehuset selv rumme patienter og personale fra en delvis evakuering, eller skal de overflyttes til andre sygehuse eller ekstraordinært udskrives til kommunerne?

### Omfang af evakuering

Omfang af evakuering afhænger af den konkrete situation.

Umiddelbart bør der kun ske evakuering af patienter og personale fra det område, der er belastet af hændelsen, og hvor det ikke længere er muligt at opretholde forsvarlig behandling og pleje af patienter.

Beslutning om rækkefølge (triagering) af afdelingens patienter træffes af afdelingsledelsen eller dennes stedfortrædere.

### Opsamlingssteder

Opsamlingssteder for sygehusets patienter bør beskrives i evakueringsplaner for de enkelte sygehuse.

### Hvordan foregår evakuering?

Evakuering afhænger af den konkrete situation. Følgende principper kan benyttes ved gennemførelse af evakuering:

- Hvis elevatorer ikke kan eller må benyttes, bruges trapperne
  - Lodret evakuering gennemføres først, når indsatsledelsen eller sygehusets kriseledelse har besluttet det

- Ved lodret evakuering med elevator tømmes sygehuset fra oven og nedefter
- Ved lodret evakuering via trapper tømmes sygehuset fra neden af og opefter
- Der kan evakueres til nærliggende afdelinger (og kun vandret) til anden side af brandskel
- Der kan evakueres til andre sengebygninger eller sengeafdelinger væk fra skadestedet
- Sengeafdeling kan overvejes evakueret til ambulatorier og gangarealer
- Hvis evakuering skal ske til det fri, evakueres til på forhånd udpegede opsamlingssteder.

Opgavefordeling i tilfælde af evakuering følger daglige procedurer således, at klinisk personale tager sig af at klargøre patienter inklusiv medicin mv. Ligeledes hjælper sygehusets serviceafdeling med at flytte patienter til de udmeldte opsamlingssteder.

Aftaler om opsamlingssteder og evt. ekstraordinær udskrivning til kommunerne skal koordineres med AMK-vagtcentralen.

### **Udstyr mv.**

Apparatur, inventar, forbrugsartikler mv. nedpakkes og medtages i muligt omfang. Nedpakning bør indgå i beredskabsplanlægningen.

### **Tekniske installationer**

Sygehusets tekniske central forestår ned-/aflukning af strøm, vand, varme, ventilation mv.

### **Aflåsning af lokaler**

Sygehusets tekniske central sørger for aflåsning af de forladte lokaler i det omfang, at det er muligt.

### **Transportbehov ved total evakuering**

Hvis patienter skal transporteres væk fra sygehuset ved evakuering, skal regionens AMK-vagtcentral sikre dette. Transportkapacitet kan være en begrænset ressource, hvorfor den må prioriteres under indsatsen.

Det konkrete transportbehov vil afhænge af patienterne. Som tommelfinger kan der planlægges efter:

- Ca. 15 % liggende med paramediciner-ambulance
- Ca. 15 % liggende med almindelig ambulance/liggende sygetransport
- Ca. 40 % i kørestol med kørestolsvogn
- Ca. 30 % gående med bus.

Intensivpatienter bør flyttes med lægeledsagelse, hvis det er muligt.

### **Tilgængelige udgange fra sygehuset**

Oversigt over tilgængelige udgange fra sygehuset findes på listen over på forhånd udpegede opsamlingssteder.

## **Genhusning af evakuerede patienter**

Evakuerede patienter kan overflyttes til andre sygehuse i regionen eller naboregioner. Derudover kan patienter udskrives ekstraordinært til kommunerne i regionen.

Overflytning eller ekstraordinær udskrivning af patienter koordineres med regionens AMK-vagtcentral.

Regionen kan med fordel sikre, at der i sygehusenes planlægning vedrørende evakuering også indgår modtagelse af evakuerede patienter og personale på de enkelte sygehuse. Det vil sige, at planer bør omfatte både sygehusets evakuering og sygehusets modtagelse af evakuerede.

## 1.18 Bilag 18 Skabelon til informationsfolder om krisereaktioner

FOLDER OM KRISEREAKTIONER – FOLDES SOM EN A5.

Den ene side om kontaktoplysninger kan de enkelte regioner/kommuner udfylde med egne informationer.

Skriv også information om, hvem der er ansvarlig for pjecen, samt dato for hvornår den er udarbejdet. Den anden side indeholder oplysninger om de reaktioner, som borgeren skal være opmærksom på hos sig selv:

---

### Side 1: Forside

#### Krisereaktioner hos børn og voksne

*Normale reaktioner på en unormal hændelse*

### Side 2

Når mennesker er udsat for meget belastende begivenheder, vil der i tiden efter komme en række reaktioner af psykologisk og fysisk art.

#### Som voksen er det almindeligt at opleve:

- Uro og rastløshed
- Angst ledsaget af rysten, svedeture, hjertebanken
- Søvnbesvær – såvel svært ved at falde i søvn som ved at sove igennem
- Mareridt
- Gentagne erindringer om det skete
- Besvær med at huske og ved at koncentrere sig om andet end det skete
- Følelser af uvirkelighed
- Irritabilitet og vrede
- Skift i stemning mellem opstemthed og initiativløshed
- Hovedpine og muskelspændinger
- Træthed og uoverkommelighedsfølelse
- Appetitløshed – at du glemmer at spise
- Skyldfølelse og selvbebrejdelser

Reaktionerne vil oftest aftage over nogle uger til få måneder.

#### Reaktioner hos børn

Børn reagerer med en række psykologiske og kropslige symptomer lige som voksne. Men det er ikke altid let at se, hvad de tænker og føler, og de kan ikke altid fortælle om det.

### **Almindelige reaktioner hos børn er:**

- Angst i anfald
- Humørskift
- Vrede eller indesluttethed
- Ændringer i børnenes opførsel
- Besvær med at sove
- Mareridt
- Besvær med at koncentrere sig
- Uro og rastløshed
- Mavepine og hovedpine

### **Side 3: Få hjælp fra venner**

#### **Voksne**

De fleste har behov for at fortælle om det, der er sket, igen og igen. Det er vigtigt, at du kan bruge familie og venner i denne situation, og de fleste vil være glade for at kunne hjælpe. Erfaringen er, at reaktionerne aftager efterhånden, som du får fortalt om dem og dermed bearbejdet dem.

At være sammen med andre, der har været i den samme eller lignende situationer, kan også være til stor hjælp, fordi du her kan dele erfaringer og reaktioner.

#### **Børn**

Børn har behov for at få klar besked om, hvad der er sket og skal ske. Børn er tilbøjelige til at tage hensyn til voksne og undlade at stille spørgsmål, hvis de voksne er ked af det. De er tilbøjelige til at danne deres egne fortolkninger, hvis de ikke kan spørge eller få klar besked.

Det er vigtigt, at børn er sammen med voksne, som de kender og kan føle sig trygge ved. Vis gerne barnet, at du selv er ked af det og tal gerne om det og sørg for at blive sammen med barnet, selv om I er sammen med andre voksne, der kan støtte.

#### **Vær også opmærksom på:**

- At reaktionstid og opmærksomhed er forstyrret, så du kan opleve, at du ikke reagerer, som du plejer i trafik og daglige gøremål.
- Undgå at medicinere dig selv med rusmidler.
- Søg egen læge, hvis du har brug for noget midlertidigt søvndyssende eller beroligende.

### **Side 4: Hvor kan du få hjælp**

Du kan søge hjælp hos din egen læge, fx hvis du eller dit barn gennem flere nætter i træk har svært ved at sove eller er plaget af voldsomt belastende reaktioner, som ikke bliver bedre over nogen dage eller uger.

Din læge kan henvise dig/jer til en psykolog, praktiserende psykiater eller sygehuspsykiatrien, hvis det er relevant.



Det er også muligt at søge akut hjælp på en psykiatrisk skadestue eller akutmodtagelse.

**Kontaktoplysninger:**

Psykiatriske akutmodtagelser/ kommunale akutte foranstaltninger

- Tilgængelighed (åben eller krav om henvisning).
- Adresser og telefonnumre.

Høringsversion

## DEL 5: AKTØRER OG SAMARBEJDSPARTNERE

### 1.19 Bilag 19 Sundhedsberedskabets samarbejdspartnere

#### Formål

Formål med bilaget er at give en kort oversigt over samarbejdspartnere til det regionale og kommunale sundhedsberedskab. Målet er ikke at give en fuldt dækkende beskrivelse af de omtalte myndigheders virksomhedsområde, men at fremhæve de informationer, som er relevante for planlægning af sundhedsberedskabet.

#### Sundhedsstyrelsen

##### Opgaver i relation til sundhedsberedskabet

Sundhedsstyrelsen er en styrelse under Sundheds- og Ældreministeriet. Sundhedsstyrelsen vejleder og rådgiver regioner og kommuner om planlægning af sundhedsberedskabet. Regioner og kommuners sundhedsberedskabsplaner skal minimum én gang i hver valgperiode sendes til rådgivning i styrelsen inden vedtagelse. Sundhedsstyrelsen kan desuden vejlede og rådgive regioner og kommuner om sundhedsberedskabet i en konkret situation. Sundhedsstyrelsen er endvidere pålagt en række opgaver i medfør af epidemiloven fx at fastsætte regler for håndtering af smitsomme sygdomme.

Ved større, ekstraordinære beredskabshændelser varetager Sundhedsstyrelsen den nationale koordination af hele sundhedsvæsenets indsats og beslutter den overordnede håndtering af hændelsen.

Sundhedsstyrelsen er fast medlem af den Nationale Operative Stab (NOST). NOST varetager en koordinerende funktion, og skal bl.a. sikre, at regeringens krisestyringsorganisation og de respektive sektorer løbende er i besiddelse af relevante, koordinerede og præcise oplysninger om den konkrete indsats.

Sundhedsstyrelsen informerer Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) i alle regionerne, når NOST er nedsat, og styrelsen vil i sådanne situationer holde tæt kontakt til de(n) involverede AMK, bistå denne og modtage løbende rapporteringer fra regionen.

Sundheds- og ældreministeren kan i tilfælde af ekstraordinære beredskabshændelser fx pandemier pålægge regionsrådet eller kommunalbestyrelsen at løse en sundhedsberedskabsopgave på en nærmere bestemt måde. Sundhedsstyrelsen forventes at varetage denne opgave på ministeriets vegne.

Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS) er et institut i Sundhedsstyrelsen. Instituttets opgaver ligger inden for lovgivningen om røntgenanlæg, radioaktive stoffer og nukleare anlæg. Institutet er den eneste offentlige institution med overordnet ansvar for strålebeskyttelse og med faglig viden og kompetence på hele området.

Det er SIS' opgave at sikre, at myndigheder og institutioner, der bruger strålekilder altid har mulighed for at få vejledning om egenskaber og skadelige effekter ved ioniserende stråling, herunder tilsigtet anvendelse af radioaktive stoffer fx "dirty bombs" og beskyttelsesforanstaltninger.

I tilfælde af uheld med radioaktive stoffer varetager instituttet beredskabsopgaver i relation til strålebeskyttelse. SIS har adgang til oplysninger om alle strålekilder i landet.

## **Døgnvagt og øvrig information**

Sundhedsstyrelsen har døgnbemandet beredskabsvagt ved læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægerne), som myndigheder såsom politi, læger og miljøinstitutioner kan kontakte i særlige situationer. For yderligere information se nedenfor. Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS) har ligeledes en døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.sis.dk](http://www.sis.dk).

## **Styrelsen for Patientsikkerhed**

### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

Læger i Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægerne) var tidligere en decentral del af Sundhedsstyrelsen og er placeret i henholdsvis nord (Randers), syd (Kolding) og øst (København). Nord dækker områder svarende til Region Nordjylland og Region Midtjylland. Syd dækker Region Syddanmark. Øst dækker Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed varetager Sundhedsstyrelsens decentrale beredskabsopgaver og kan indkaldes til de lokale beredskabsstabe (LBS). Styrelsen for Patientsikkerhed kan rådgive lokale myndigheder om sundhedsmæssige forhold fx hygiejniske og miljømæssige foranstaltninger, ligesom Styrelsen for Patientsikkerhed kan inddrages i den lokale planlægning af sundhedsberedskabet.

Styrelsen for Patientsikkerhed varetager derudover konkrete opgaver i relation til smitte- og kontaktopsporing samt forebyggelse af smitsomme sygdomme, sundhedsfaglig rådgivning om smitsomme og andre overførbare sygdomme samt kemiske stoffer og kan rådgive indsatsledelsen om de sundhedsmæssige konsekvenser af en beredskabshændelse telefonisk eller ved fremmøde.

## **Døgnvagt og øvrig information**

Læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed varetager Sundhedsstyrelsens døgnbemandede beredskabsvagt, som myndigheder såsom politi, læger og miljøinstitutioner kan kontakte i særlige situationer. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.stps.dk](http://www.stps.dk).

## **Lægemiddelstyrelsen**

### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

Lægemiddelstyrelsen er en styrelse under Sundheds- og Ældreministeriet. Lægemiddelstyrelsen varetager de styrelsesmæssige opgaver i relation til lægemiddelberedskabet, som er beredskabet af lægemidler og medicinsk udstyr, der kan imødekomme de ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution, som må forudses at ville opstå i en beredskabssituation.

Regioners sundhedsberedskabsplaner skal inden vedtagelse sendes til Lægemiddelstyrelsen med henblik på rådgivning vedrørende lægemiddelberedskabet.

Ved forsyningsmæssige nødsituationer i forhold til lægemidler og medicinsk udstyr kontaktes Lægemiddelstyrelsen. Lægemiddelstyrelsen kan endvidere have en opgave i relation til distribution til regioner, kommuner og apoteker af sera, vacciner og beredskabsmedicin samt lægemidler fra udlandet, herunder lægemidler uden markedsføringstilladelse.

Lægemiddelstyrelsen udsteder påbud til importører af lægemidler, lægemiddelgrossister og producenter af lægemidler, herunder sygehusapoteker, samt til apoteker, hvis bestemmelserne i bekendtgørelse om spredning af lægemiddellagre i forsyningsmæssige nødsituationer træder i kraft. Tilsvarende meddeler Lægemiddelstyrelsen landets apoteker, hvis bestemmelserne i bekendtgørelse om udlevering af lægemidler i forsyningsmæssige nødsituationer træder i kraft. Lægemiddelstyrelsen kan i særlige tilfælde og efter godkendelse fra sundheds- og ældreministeren beslutte, at apotekerne kun må udlevere lægemidler til en kortere periode end 14 dage og kun til nærmere angivne persongrupper.

### **Døgnvagt og øvrig information**

Lægemiddelstyrelsen har døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.laegemiddelstyrelsen.dk](http://www.laegemiddelstyrelsen.dk).

### **Statens Serum Institut**

#### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

Statens Serum Institut er landets nationale klinisk-mikrobiologiske laboratorium og referencelaboratorium for de øvrige mikrobiologiske laboratorier. Som en del af det biologiske sundhedsberedskab varetager Statens Serum Institut et diagnostisk beredskab (døgnberedskab, udrykningstjeneste mv.), ligesom instituttet har ansvar for landets vaccineberedskab.

Instituttet varetager desuden Sundhedsstyrelsens meldesystem for smitsomme sygdomme og rådgiver sundhedsvæsenet i forbindelse med udbrud af smitsomme sygdomme. Ved større generelle udbrud bistår instituttet operationelt i opklaring og kontrol af udbruddet. Følgende afdelinger på instituttet er særligt vigtige for sundhedsberedskabet: Infektionsepidemiologisk Afdeling, Central Enhed for Infektionshygiejne og Center for Biosikring og Bioberedskab.

Infektionsepidemiologisk Afdeling har til formål at forebygge smitsomme sygdomme via overvågning af forekomsten af disse og evt. udarbejdelse af risikovurderinger. Endvidere rådgiver afdelingen landets læger og sundhedsmyndigheder i disse sammenhænge. Afdelingen er udpeget som nationalt kontaktpunkt (focal point) for International Health Regulations (IHR).

Central Enhed for Infektionshygiejne har antibiotikaresistens og sygehushygiejne som hovedopgaver. Afdelingen har bl.a. til opgave at koordinere sygehushygiejnen i Danmark, herunder vejlede sundhedsvæsenet om hygiejne og brug af personlige beskyttelsesmidler.

Center for Biosikring og Bioberedskab (CBB) er en statslig myndighed og fører kontrol med overholdelse af regler i bekendtgørelse om sikring af visse biologiske stoffer, fremføringsmidler og relateret materiale. Ved mistanke om udslip af visse farlige biologiske stoffer eller bioterrorisme skal der straks rettes henvendelse til CBB. I situationer med ukontrolleret, farligt biologisk materiale eller mistanke herom, afgrænser CBB fare- og eksponeringsområderne, og det lokale sundhedsberedskab rådgives om mulige modforanstaltninger og om den forventede spredningsprognose.

### **Døgnvagt og øvrig information**

Statens Serum Institut, herunder Center for Biosikring og Bioberedskab, har døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) og [www.biosikring.dk](http://www.biosikring.dk).

## **Giftlinjen**

### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

Giftlinjen på Bispebjerg Hospital i Region Hovedstaden er en landsækkende funktion, der rådgiver om behandling af forgiftninger. Rådgivning omfatter alle former for giftstoffer, herunder industri- og husholdningskemikalier, røg, lægemidler, misbrugsstoffer og planter. Henvendelser besvares af læger med uddannelse i klinisk toksikologi.

Funktionen er primært en hjælp til sundhedspersonale i forbindelse med behandling af forgiftninger, men forespørgsler fra myndigheder og borgere besvares også. I rådgivningen indgår vurdering af risiko for forgiftning ved udsættelse for kemiske stoffer, behandling af forgiftninger, brug af antidoter (modgifte), klinisk biokemiske analyser ved forgiftninger samt opfølgning på forgiftninger i forhold til langtidseffekter og forebyggelse af skader. Der rådgives ikke om biologiske toksiner, identifikation af kemikalier eller brug af sikkerhedsudstyr.

### **Døgnvagt og øvrig information**

Giftlinjen har døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.giftlinjen.dk](http://www.giftlinjen.dk)

## **Fødevarestyrelsen**

### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

Fødevarestyrelsen er en styrelse under Miljø- og Fødevareministeriet og varetager beredskabet inden for veterinær- og fødevarerområdet. Dele af beredskabsopgaven er lagt ud til fødevarer- og veterinærenheder, der varetager opgaver i geografisk afgrænsede områder. Fødevarestyrelsen har på veterinær- og fødevarerområdet, ud over det daglige beredskab, et beredskab til håndtering af krigs- og krisesituationer, bl.a. vedrørende fødevarerforgiftninger, terror mod fødevarer og anmeldelsespligtige husdyrsygdomme.

### **Døgnvagt og øvrig information**

Fødevarestyrelsen har døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.foedevarestyrelsen.dk](http://www.foedevarestyrelsen.dk).

## **Beredskabsstyrelsen**

### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

Beredskabsstyrelsen er en styrelse under Forsvarsministeriet. Beredskabsstyrelsen leder det statslige redningsberedskab og forestår koordinering af planlægning af den civile sektors beredskab. Endvidere varetager Beredskabsstyrelsen en række operative opgaver. Af relevans for sundhedsberedskabet er bl.a. redningsberedskabet, Kemisk Beredskab og Nukleart Beredskab.

Redningsberedskabet har til opgave at forebygge, begrænse og afhjælpe skader på personer, ejendom og miljø ved beredskabshændelser. Redningsberedskabet omfatter det fælleskommunale redningsberedskab (se næste afsnit) og det statslige redningsberedskab, herunder det statslige, regionale beredskab (beredskabscentre). Indsatslederen fra det fælleskommunale redningsberedskab varetager den tekniske ledelse på skadestedet. Derudover er redningsberedskabet ansvarlig for rensning af kemikalieforurenede personer på skadestedet.

De tidligere 87 kommunale redningsberedskaber er slået sammen til ca. 20 § 60-fællesskaber eller specialkommuner pr. 1. januar 2016. De nye fællesskaber følger til dels regionsgrænserne men ikke politikredsene. De enkelte kommuner vil fortsat lovgivningsmæssigt have ansvar for sundhedsberedskabsplanlægning. Det er uklart, hvordan kommunerne fremadrettet bliver repræsenteret i De Lokale Beredskabsstabe (LBS).

Kemisk Beredskab er ekspertfunktion på det kemiske område. Opgaver omfatter rådgivning om farlige, kemiske stoffer, herunder toksiske industrikemikalier, kemiske kampstoffer og eksplosivstoffer. Andre opgaver af relevans for sundhedsberedskabet er prøvetagning af farlige stoffer, assistance på skadested, herunder vurdering af indsats, kemiske analyser og karakteriseringer specielt af ukendte stoffer, formidling, erfaringsudveksling og undervisning om farlige stoffer.

Kemisk Beredskab varetager derudover Informationssystemet om farlige stoffer til indsatsledere. Systemet indeholder: Førsteindsats ved kemikalieuheld og Indsatskort for kemikalieuheld.

Kemisk Beredskab kan kontaktes hele døgnet eksempelvis i forbindelse med udslip af farlige stoffer, brand, transportuheld, prøvetagning og kemiske analyser.

Nukleart Beredskab er myndighed og ekspertfunktion på det nukleare område. Det nukleare beredskab varetager planlægning af det nationale beredskab for at modgå virkning af ulykker på nukleare anlæg. I planerne for det nukleare beredskab indgår såvel ulykker som tilsigtede hændelser, idet konsekvenserne vurderes at være de samme. Det nukleare beredskab varetager endvidere et landsdækkende nukleart måleberedskab og kan yde assistance ved andre former for radioaktivt materiale.

## **Døgnvagt og øvrig information**

Beredskabsstyrelsen har døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.brs.dk](http://www.brs.dk) og [www.kemikalieberedskab.dk](http://www.kemikalieberedskab.dk)

## **Politiet**

### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

To af landets tre 112-alarmlinjer betjenes af politiet. Opkald med et sundhedsmæssigt indhold stilles straks videre til den relevante regions AMK-vagtcentral, hvor sundhedsfagligt personale visiterer og disponerer relevant hjælp. Øvrige indsatsmyndigheder alarmeres af politiet på baggrund af modtagne oplysninger.

Politiet koordinerer endvidere den samlede indsats ved beredskabshændelser. Indsatslederen fra politiet varetager sikkerheden på skadestedet, og det er politiets opgave at sørge for, at personer i farezonen ved behov bliver varslet og evakueret. Det er også politiet, der om nødvendigt afspærre og bevogter et givent område. Der er endvidere politiets opgave at opretholde sikkerhed, fred og orden.

Politiet varetager den koordinerende ledelse på skadestedet, herunder bl.a.:

- Oprettelse og drift af et synligt kommandostade (KST), hvor ledere, eksperter og rådgivere mødes, informeres, afgiver rapport og træffer aftaler med politiet og hinanden
- Direkte ledelse af politimæssige opgaver fx afspærring, varsling og trafikregulering
- Samarbejde med indsatslederen fra redningsberedskabet og sundhedsberedskabet/koordinerende læge om bl.a. etablering af behandlingsplads og ambulanceveje til sygehuse
- Etablering af opsamlingssted for uskadte og let tilskadekomne
- Koordinering af information til presse
- Information til involverede og pårørende.

Politiet er formand for og varetager den koordinerede ledelse af de lokale beredskabsstabe (LBS) og som udgangspunkt også for den nationale operative stab (NOST). Herudover varetages formandskabet for Epidemikommissionen i regionerne af en politidirektør udpeget af rigspolitichefen.

### **Døgnvagt og øvrig information**

Politiet kontaktes via den lokale politikreds. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.politi.dk](http://www.politi.dk).

### **Politiets Efterretningstjeneste**

#### **Opgaver i relation til sundhedsberedskabet**

Som Danmarks nationale sikkerheds- og efterretningstjeneste skal Politiets Efterretningstjeneste (PET) identificere, forebygge og imødegå trusler mod frihed, demokrati og sikkerhed i det danske samfund. Det gælder såvel trusler i Danmark som trusler, der er rettet mod danskere og danske interesser i udlandet.

Regioner og kommuners sundhedsberedskabsplaner bør bl.a. udarbejdes på baggrund af den aktuelle trusselvurdering mod Danmark, som er tilgængelig på PET's hjemmeside.

### **Døgnvagt og øvrig information**

PET har døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.pet.dk](http://www.pet.dk).

### **Værnsfælles Forsvarskommando**

Forsvarsministeriet er organiseret med ni styrelser. Relevante styrelser for sundhedsberedskabet er Forsvarets Efterretningstjeneste (FE), Forsvarsministeriets Ejendomsstyrelse (FES), Hjemmeværnet (HJV) og Værnsfælles Forsvarskommando (VFK).

Sundhedsberedskabet kan anmode Forsvarsministeriets styrelser om støtte til opgaver, hvor anvendelsen af militært materiel og personel er påkrævet. Støtten ydes alene, hvor civilt materiel og personel er utilstrækkelig eller ikke kan tilvejebringes inden for rimelig tid og ikke er i unødigt konkurrence med civile erhvervsdrivende. Endvidere kan myndigheder anmodes om at indgå i udarbejdelsen af samarbejdsaftaler og planlægning i forbindelse med sundhedsberedskabet.

Forsvaret og Hjemmeværnet indgår gerne i øvelsessamarbejde i forhold til samfundets beredskab.



FE har ansvar for at indsamle, bearbejde og formidle informationer om forhold i udlandet af betydning for Danmarks sikkerhed, herunder for danske enheder mv. i udlandet.

Af særlig betydning for sundhedsberedskabet er Center for Cybersikkerhed (CFCS). CFCS er national it-sikkerhedsmyndighed. Centret varetager en selvstændig myndighedsopgave, der er reguleret i lov om Center for Cybersikkerhed. Centret har særlig fokus på cybersikkerhed indenfor samfundsvigtige funktioner fx hospitaler mv.

Centret løser konkret tre hovedopgaver:

- Bidrager til beskyttelse af Danmark mod trusler i cyberspace
- Bidrager til sikring af en forsvarlig og robust IKT-infrastruktur (informations- og kommunikationsteknologi) i Danmark
- Varsler om, beskytter imod og imødegår angreb i cyberspace.

FES administrerer forsvarrets etableringer herunder lejre, kaserner, flåde- og flyvestationer. Indkvartering, bespisning, rengøring mv. er en del af denne opgave. Anmodning om anvendelse af forsvarrets etableringer til brug for sundhedsberedskabet fx kaserner til brug som karantænecentre rettes til VFK.

HJV er en militær myndighed og dermed en del af det militære forsvar, som under normale forhold er baseret på frivillighed. HJV er opdelt i Hærhjemmeværn, Flyverhjemmeværn og Marinehjemmeværn. HJV's primære opgave er at støtte Hæren, Flyvevåbnet og Søværnet. HJV kan endvidere støtte civile myndigheder, herunder sundhedsberedskabet. HJV's støtte til større indsættelser, ydes efter aftale med VFK. HJV har en døgnbemandet vagthavende ordning.

VFK er forsvarrets operative myndighed. Hærens, søværnets og flyvevåbnets enheder er operativt underlagt VFK. VFK har et døgnbemandet værnssælles operationscenter. Forsvarets Sundhedstjeneste (FSU) er en del af VFK.

FSU indgår i det samlede beredskab på lige fod med forsvarets øvrige myndigheder. Anmodning om operativ sundhedsfaglig støtte skal rettes til VFK. FSU har enkelte operative kapaciteter, herunder dykkermedicinsk beredskab, som fast løser opgaver i samfundets sundhedsberedskab. Flere af FSU's uddannelser kan understøtte det nationale sundhedsberedskab. Læger fra FSU yder bistand til sundheds- og sygehusvæsenet på udvalgte områder. FSU har ingen præhospital- eller behandlerkapacitet. Ved større og længerevarende hændelser kan FSU dog bidrage til samfundets sundhedsberedskab i begrænset omfang.

Eksempler på øvrige opgaver, hvor sundhedsberedskabet kan anmode Forsvaret og Hjemmeværnet om hjælp:

- Ammunitionsrydningstjenesten (AMMRYD) kan rekvireres ved fund af formodet ammunition, fyrværkeri, bomber og lignende. AMMRYD rekvireres via politiet
- Forsvarets kemiske, biologiske, radioaktive og nukleare (CBRN) videnscenter kan støtte med vejledning og kapaciteter
- Akut støtte kan ydes med luftbåren assistance, eksempelvis transport af særlige lægehold, livsbevarende organer og patienter. Såfremt luftbåren transport ikke er mulig, kan der anmodes om søbåren assistance. I begge tilfælde rettes henvendelse til Joint Rescue Coordination Center (JRCC)



- Støtte til transport på landjorden af patienter, forplejning, sundhedspersonel, medicin og lignende i tilfælde af store mængder sne
- Støtte til afspærring af områder, adgangskontrol, færdselsregulering, varsling, evakuering og eftersøgning. Anmodning om støtte til disse opgaver skal fremsendes via politiet.

Oplysninger om kontakt til Forsvaret og Hjemmeværnet kan findes på [www.forsvaret.dk](http://www.forsvaret.dk) og [www.HJV.dk](http://www.HJV.dk). Anmodning om støtte fra forsvaret og hjemmeværnet sker via den nationale operative stab (NOST), de lokale beredskabsstabe (LBS) eller direkte til Forsvaret og Hjemmeværnet afhængig af situationens karakter.

## **Folkekirkens Katastrofeberedskab**

### **Opgaver i relation til sundhedsberedskab**

Folkekirkens Katastrofeberedskab har til formål at tilbyde sjælesorg, gudstjenester og anden hjælp til overlevende, pårørende, efterladte og hjælpepersonel ved beredskabshændelser, hvor lokale sognepræster og sygehuspræster ikke har ressourcer til at imødekomme de forventninger, hændelsen stiller til dem. Denne hjælp ydes mest hensigtsmæssig i samarbejde med sundhedsvæsenets psykosociale indsats og aktiveres via regionens AMK.

I hver af landets regioner er der udpeget et antal beredskabspræster, som kan tilkaldes af sundhedsvæsenets kriseterapeutiske beredskab eller andre myndigheder, hvis det kriseterapeutiske beredskab ikke er aktiveret. Folkekirkens Katastrofeberedskab vil om nødvendigt sørge for, at berørte af en katastrofe tilbydes opfølgende hjælp af deres lokale sognepræst, ligesom der kan henvises til hjælp fra andre trossamfund.

Folkekirkens Katastrofeberedskab har døgnvagt. Kontaktoplysninger og yderligere information findes på [www.fkk.folkekirken.dk](http://www.fkk.folkekirken.dk).